

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y  
REGION SAN MARTIN, AÑO 2016.**

**Para obtener el título profesional de:**

**OBSTETRA**

**AUTORES:**

**BACH. EN OBST. ROLANDO MORI APAGÜEÑO**

**BACH. EN OBST. EVELYNG GANOZA NIETO**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**

**Tarapoto - Perú**

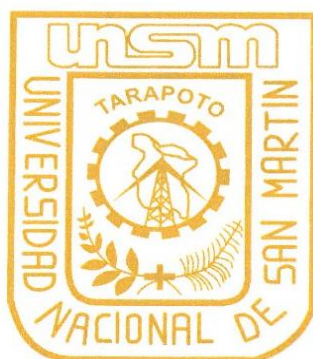
**2017**





Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).  
Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y  
REGION SAN MARTIN, AÑO 2016.**

**Para obtener el título profesional de:**

**OBSTETRA**

**AUTORES:**

**BACH. EN OBST. ROLANDO MORI APAGÜEÑO**

**BACH. EN OBST. EVELYNG GANOZA NIETO**

**ASESOR:**

**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**

**Tarapoto - Perú**

**2017**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y  
REGION SAN MARTIN, AÑO 2016.

**Para obtener el título profesional de:**

**OBSTETRA**

**AUTORES:**

BACH. EN OBST. ROLANDO MORI APAGÜEÑO

BACH. EN OBST. EVELYNG GANOZA NIETO

**ASESOR:**

Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico

**Tarapoto - Perú**

2017

## CONSTANCIA DEL ASESOR

### **CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO**

La que suscribe: **Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**, docente de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

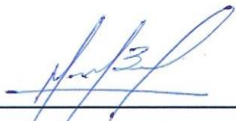
**DA CONSTANCIA:**

Que, de conformidad con el reglamento para la Elaboración y Evaluación de la Tesis para obtener el Título Profesional de Obstetricia (Art. 9°, inc. a), he revisado y corregido el **Proyecto de Tesis Titulado “ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y REGION SAN MARTIN, AÑO 2016”**, elaborado por los Bachilleres en obstetricia **EVELYNG GANOZA NIETO** y **ROLANDO MORI APAGUEÑO**. Que será presentado para su revisión y aprobación correspondiente.

En tal virtud asumo el asesoramiento de dicho Proyecto, en calidad de tarea voluntaria y de cooperación académica distribuida dentro de la carga horaria.

Expido el presente a solicitud de las partes interesadas para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 09 de enero del 2017



**Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Ibérico**  
Docente Adscrita al DAOE – FCS – UNSM-T.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y  
REGION SAN MARTIN, AÑO 2016.**

**JURADO CALIFICADOR:**

  
-----  
**Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino**

**Presidente**

  
-----  
**Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez**

**Miembro**

  
-----  
**Obsta. Mg. Lloy Americo Vargas Dazza**

**Miembro**





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**

**Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca**

**Central**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

**1. DATOS PERSONALES**

<b>Apellidos y Nombres:</b> EVELYNG GANOZA NIETO		<b>DNI :</b> 60606724
<b>Domicilio:</b> Jr. 28 de julio Distrito de Tabalosos		
<b>Teléfono</b> 958008837	<b>Correo Electrónico</b> ganoza-24@hotmail.com	

**2. DATOS ACADÉMICOS**

<b>Facultad</b>	<b>: CIENCIAS DE LA SALUD</b>
<b>Escuela Profesional :</b> OBSTETRICIA	

**3. DATOS DE LA TESIS**

<b>Título:</b> "Análisis situacional del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016"
<b>Año de Publicación</b> 2017

**4.-AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA**

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

  
**EVELYNG GANOZA NIETO**  
DNI 60606724

Fecha de recepción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO**

**Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca**

**Central**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL**

**1. DATOS PERSONALES**

<b>Apellidos y Nombres: ROLANDO MORI APAGÜEÑO</b>		<b>DNI : 46461757</b>
<b>Domicilio: Jr. San Martín- Chazuta</b>		
<b>Teléfono 925761985</b>	<b>Correo Electrónico ganoza-24@hotmail.com</b>	

**2. DATOS ACADÉMICOS**

<b>Facultad</b>	<b>: CIENCIAS DE LA SALUD</b>
<b>Escuela Profesional</b>	<b>: OBSTETRICIA</b>

**3. DATOS DE LA TESIS**

<b>Título: "Análisis situacional del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016"</b>
<b>Año de Publicación 2017</b>

**4.-AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA**

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

**ROLANDO MORI APAGÜEÑO**

**DNI 46461757**

**Fecha de recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**



## **Dedicatoria**

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

**ROLANDO**

## **Dedicatoria**

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus deseos y logros.

Con mucho amor a mi esposo, mis hermanas y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional y por su paciencia en este periodo de estudio.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera, que representa la vida.

**EVELYNG**

## **Agradecimiento**

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

A nuestra asesora la Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud y usuarias del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Morales, que contribuyeron en la obtención de los datos de investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

**Los autores**



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	ix
Índice de Contenido.....	x
Índice de Tablas.....	xi
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Título.....	01
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 Marco Conceptual.....	01
1.2 Antecedentes.....	09
1.3 Bases Teóricas.....	18
1.4 Justificación.....	60
1.5 Problema.....	58
II. OBJETIVOS.....	58
2.1 Objetivo General.....	58
2.2 Objetivos Específicos.....	58
2.3. Hipótesis de Investigación.....	59
2.4. Operacionalización de variables.....	59
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	60
IV. RESULTADOS.....	65
V. DISCUSIÓN.....	84
VI. CONCLUSIONES.....	96
VII. RECOMENDACIONES.....	99
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
IX. ANEXOS.....	108

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
01	Datos Generales del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	71
02	Servicios Ofertados del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016	72
03	Infraestructura del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016	73
04	Datos del Personal del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016	76
05	Datos de Consejería del Personal del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	77
06	Datos de Anticonceptivos Orales del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	79

07	Datos en consejería de inyectables del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	81
08	Datos de procedimiento de uso de condón del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	83
09	Datos de citología PAP - IVAA del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016	84
10	Identificación y priorización de problemas del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	86
11	Matriz de Problematización del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.	88



## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo “Evaluar el análisis situacional del programa de planificación familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016”, estudio cuantitativo, descriptivo, participativo, observacional, transversal, la población fue 14 proveedores y 120 usuarias, la muestra fue 24 usuarias y 04 proveedores. La técnica fue la entrevista y la observación.

El programa de Planificación familiar según nivel y categoría cumple en su mayoría con los requisitos de servicios que debe ofertar, sin embargo no garantiza la privacidad auditiva; el DIU, la citología y Norplant se ofrece parcialmente; los anticonceptivos mini orales, contracepción de emergencia, diafragma y espermicida no se cuenta con el insumo; poca información educativa, deben preguntar sobre violencia, sobre información de los métodos naturales, sobre inyectables, en reforzar las creencias, en brindar información de métodos orales sólo de progestina, DIU, espermicida, operación femenina y masculina, tomar el peso, la presión arterial y considerar las varices grado III. En ACO informar del cloasma, mastodinia, trastornos emocionales, aumento de peso, várices y en condón explicar cómo poner y usar correctamente,

En conclusión: el programa de Planificación Familiar tiene problemas por: deficientes insumos, no informa sobre todos los métodos anticonceptivos y sobre el embarazo; no se cumple las medidas de bioseguridad; Personal no fortalece competencias y no certifica.

**Palabras claves:** Programa de Planificación familiar, infraestructura, servicios, personal

## ABSTRACT

The study had as objective "To evaluate the situational analysis of the family planning program in the Morales Health Center, Province and Region San Martín, year 2016", a quantitative, descriptive, participative, observational, transversal study, the population was 14 providers and 120 Users, the sample was 24 users and 04 providers. The technique was the interview and observation.

The Family Planning program, according to level and category, mostly meets the requirements of services that must be offered, but does not guarantee the hearing privacy; IUD, cytology and Norplant is offered partially; Oral contraceptives, emergency contraception, diaphragm and spermicide are not available; Little educational information, should ask about violence, information on natural methods, injectable, reinforce beliefs, provide information on progestin-only oral methods, IUD, spermicide, female and male operation, weight gain, blood pressure And consider grade III varices. In ACO inform of chloasma, mastodynia, emotional disorders, weight gain, and varicose veins and in condoms explain how to put and use correctly, In conclusion: the Family Planning program has problems due to: deficient supplies, does not report on all contraceptive methods and on pregnancy; Biosecurity measures are not met; Staff does not strengthen competencies and do not certify.

**Key words:** Family Planning Program, infrastructure, services, personnel



**TITULO:**

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD MORALES, PROVINCIA Y REGION SAN MARTIN, AÑO 2016.

**I. INTRODUCCIÓN****1.1. Marco conceptual:**

Planificación familiar se entiende como aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. Para poder alcanzar lo mencionado se deben utilizar métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los dispositivos intrauterinos (DIU), los productos inyectables, o los preservativos para hombres y mujeres, entre otros; más la provisión adecuada de información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva para el personal de salud y la población en general (1).

A nivel mundial, 225 millones de mujeres que desean evitar o retrasar el embarazo no están usando un método anticonceptivo eficaz. Los motivos son los siguientes: poca variedad de métodos; acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros; temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad; oposición por razones culturales o religiosas; servicios de mala calidad; errores de principio de los usuarios y los proveedores; barreras de género (1).



En otras palabras, tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 24.2% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia, América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 10,2% y un 10,7%, respectivamente (2).

El acceso a la planificación familiar es importante, ya que defiende el derecho básico de las mujeres y las parejas a decidir si y cuándo desean tener hijos. Este derecho ha sido consagrado en los acuerdos internacionales, como la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo Programa de Acción (CIPD) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), concretamente 5b ODM (lograr el acceso universal a la salud reproductiva), así como el Plan Bicentenario en su eje estratégico 2: oportunidades y acceso a los servicios y los objetivos del desarrollo sostenible Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (1).

La planificación familiar es uno de los pilares más importantes para reducir las muertes maternas en los países en desarrollo. Puede reducir la mortalidad en las mujeres de varias maneras: Reduce embarazos no deseados, disminuye la mortalidad relacionada con el embarazo, disminuye

la mortalidad relacionado con el aborto, ayuda a espaciar de manera importante los embarazos, retrasa los embarazos en las adolescentes (evitando complicaciones como la desproporción céfalo pélvica, entre otras), y disminuye la alta paridad (previniendo complicaciones como placenta previa y hemorragia postparto). Además, las medidas de planificación familiar reducen significativamente problemas de salud a largo plazo y aumentan las probabilidades de supervivencia del recién nacido y mejoran su estado de salud (3).

Según OMS, el uso de métodos de anticoncepción pueden disminuir en un 44% las muertes maternas. Por otro lado, a escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67% (3).

En el Perú (2013), el conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina y entre todos los grupos poblacionales. Casi todas las mujeres en edad fértil (99,8%), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,6% de ellas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,5 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente. Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres se encontraron, la amenorrea por lactancia (23,8%), los métodos

vaginales -espuma, jalea y óvulos- (47,3%), implantes (48,3%) y el condón femenino (49,9%) (4).

En las mujeres actualmente unidas los métodos modernos más conocidos fueron: la inyección (99,0%), el condón masculino (98,4%), la píldora (98,0%), la esterilización femenina (94,6%) y el dispositivo intrauterino (92,0%). Entre los menos conocidos figuran la amenorrea por lactancia -MELA- (27,3%), el condón femenino (43,8%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (48,2%) y los implantes (53,4%). En las mujeres no unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos fueron: el condón masculino (99,8%), la inyección (99,4%), la píldora (98,4%) y la esterilización femenina (96,9%); y entre los menos conocidos se registraron la amenorrea por lactancia -MELA- (26,2%), los implantes (57,1%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (64,8%) y el condón femenino (69,7%) (4).

En relación a la prevalencia de uso de MAC, el 74,0% de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo, lo que representó un incremento de 0,8 punto porcentual al encontrado en el año 2009. El 51,3% usaban método moderno y el 22,7% algún método tradicional. La prevalencia anticonceptiva por edad fue menor entre las mujeres actualmente unidas de 15 a 19 años de edad (65,9%), se incrementó con la edad y alcanzó un mayor valor entre las mujeres de 35 a 39 años de edad (79,5%) (4).

En relación con el uso de métodos modernos específicos, la inyección continúa siendo el método más utilizado (17,4%), disminuyó en 0,7 punto porcentual con respecto al resultado de la encuesta 2009. Entre los métodos modernos que aumentaron el porcentaje de uso entre los años 2009 y 2013, se encontró principalmente el condón masculino al cambiar de 10,0% a 12,6% y la píldora de 7,6% a 9,1%. Existe relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso (4).

Así, entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad, la inyección fue el método de mayor uso (31,6%). Entre las mujeres de 20 a 34 años, fue el condón masculino (14,4% en promedio) y entre las mujeres mayores de 39 años la esterilización femenina (18,0%, en promedio). La píldora (12,4%) fue usada en mayor porcentaje, entre las mujeres de 25 a 29 años de edad y el DIU (4,5%) entre las de 40 a 44 años de edad. De todos los métodos tradicionales, la abstinencia periódica fue uno de los más empleados (13,9%). Es importante su uso en mujeres de 35 a 44 años de edad (17,4% en promedio) (4).

Entre las mujeres no unidas sexualmente activas, el 87,0% de ellas usaban algún método anticonceptivo. Se observó un incremento en el uso del método moderno de 0,6 punto porcentual, al variar de 61,5% a 62,1% entre los años 2009 y 2013 respectivamente; y, el uso de los métodos tradicionales en 1,7 puntos porcentuales en el mismo período. El condón masculino (34,7%) fue el método de mayor uso entre las mujeres no unidas

sexualmente activas; sigue en importancia, la abstinencia periódica (15,3%) y la inyección (12,0%) (4).

En general, el mayor proveedor de métodos anticonceptivos en el país fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud con el 60,6% de las usuarias actuales que respondieron haber utilizado estas fuentes de suministro de métodos modernos. El sector privado incluyendo a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) atendió un 38,4% de la demanda de métodos modernos; focalizándose en la oferta de métodos vaginales y condón masculino, donde alcanzó a cubrir el 89,1% y 72,9% respectivamente, suministrados básicamente por las farmacias/boticas (4).

El 52,6% de los segmentos de uso fueron discontinuados durante el primer año, principalmente por efectos secundarios y razones de salud (14,7%), cambio de método (14,3%), otras razones relacionadas con la fecundidad (9,5%) y por falla del método (5,6%). Un 3,6%, manifestó discontinuar el uso de método por el deseo de quedar embarazada y el 4,9% declaró otras razones. Si se considera el método utilizado, el 99,1% de la amenorrea por lactancia y el 60,7% de la píldora fueron los dos métodos con mayor tasa de discontinuación durante los primeros doce meses; mientras que, el DIU presentó la menor tasa de discontinuación (16,7%). Las mayores tasas de falla se presentaron en los llamados métodos tradicionales, es decir, la abstinencia periódica (14,6%) y el retiro (12,4%) (4).



El análisis situacional en planificación familiar permite mostrar resultados de la investigación en los aspectos técnicos y administrativos vinculados con las actividades de planificación familiar así como la identificación de algunas características de la demanda potencial, en los derechohabientes de los servicios de planificación familiar. El programa de Planificación Familiar no cuenta con una metodología en los servicios de planificación familiar lo que ocasiona debilidad en los procesos de programación, vigilancia estratégica, organización de sus servicios, Sistemas de Información, logística de Insumos, promoción y atención; lo que limita el acceso de sus afiliados y afiliadas en edad reproductiva a la prestación de servicios de planificación familiar con calidad.

El análisis de los factores condicionantes de la Salud, debes entender que la salud es la resultante de múltiples factores condicionantes y determinantes. Aun cuando hay distintas definiciones de salud, existen múltiples elementos que son comunes a ellas. Es así que en el consenso, Salud puede ser definida, tanto en lo individual como en lo colectivo, como el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad, o sea, es el producto de las relaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive. Pero estos factores no sólo son importantes para la comprensión de la aparición de problemas de salud, sino también para la configuración del conjunto de acciones que llevan a cabo los individuos para resolver la presentación de tales problemas (5).

El análisis del proceso de atención del servicio de Planificación Familiar, es que para que el sector salud cumpla eficazmente las funciones, es preciso una planificación permanente de sus acciones. Un paso fundamental en todo proceso de planificación es la estimación y medición de la cantidad y magnitud de los problemas objetivo – problemas de salud, en este caso de planificación familiar. Por lo tanto, un aspecto clave en el proceso de análisis de una situación de salud, es la medición de los problemas de salud, representados concretamente por las necesidades, complicaciones, enfermos y muertos, como signos evidentes y tangibles de tales problemas. Resulta crítico para la planificación en salud, tener una medición constante de la morbilidad y la mortalidad, como índices claros de las necesidades de atención en salud de las poblaciones (6).

El análisis de la respuesta social, se entiende así, que la respuesta social a los problemas de salud es aquella que se produce en forma: 1º) Directa, dirigida a los problemas de salud, mediante acciones preventivas o recuperativas a los enfermos o a las poblaciones en riesgo de enfermarse, generalmente a través de instituciones o servicios de salud, que producen efectos en la disminución de enfermedades específicas. 2º) Indirecta, dirigida a los factores condicionantes, mediante acciones generales que redundan en bienestar y mejoría de las condiciones de vida de un amplio sector de la población, que producen efectos en la disminución generalizada de enfermedades (7).

Por todo lo mencionado anteriormente es que hemos considerado desarrollar el presente estudio, ya que contribuirá a determinar la situación actual de los servicios de salud en planificación familiar y establecer las acciones y estrategias para mejorar.

## **1.2. Antecedentes:**

**Silva T. (2013)**, en su estudio “Análisis situacional de los servicios de planificación familiar en centros de atención primaria y secundaria de salud en la Provincia de Esmeraldas en octubre de 2013”, Quito Ecuador, estudio observacional de corte transversal en la provincia de Esmeraldas en donde se analizaron a todos los usuarios que acudieron por planificación familiar en los diferentes centros atención primaria y secundaria de salud de la ciudad de Esmeraldas (12 centros). Resultados: los anticonceptivos más utilizados fueron: los anticonceptivos orales, inyectables combinados mensuales y los condones masculinos; que las instituciones tienen una buena infraestructura y están bien abastecidos de insumos; pero la calidad de la atención no cumple los mejores estándares por el importante número de pacientes que reciben los prestadores de salud de estos centros y existe una mala tendencia de lavado de manos cuando se realizan procedimientos como la prueba de Papanicolaou. En conclusión, los centros visitados muestran un gran avance en sus bienes físicos, pero se debe considerar una mayor inversión en mejorar la calidad de la atención especialmente en consejería en anticoncepción y en prevención de infecciones por procedimientos (8).

**Alkema L, Kantorova V , Menozzi C , Biddlecom A. (2015)**, en su estudio “Las tasas nacionales, regionales y globales y las tendencias de la prevalencia de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar entre 1990 y 2015: un análisis sistemático y exhaustivo”, EE.UU., estudio metanálisis, se obtuvieron datos de encuestas representativas a nivel nacional, para las mujeres de 15-49 años que estaban casadas o en unión. Las estimaciones se basan en 930 observaciones de uso de anticonceptivos entre 1950 y 2011 de 194 países o áreas, y 306 observaciones de necesidad insatisfecha de planificación familiar de 111 países o áreas. Se utilizó un modelo jerárquico bayesiano combinado con tendencias temporales específicas de cada país para producir estimaciones de estos indicadores y evaluaciones de la incertidumbre. Resultados: A nivel mundial, la prevalencia de anticonceptivos aumentó de 54.8% (intervalo de incertidumbre del 95% · 52 · 3-57 1) en 1990, a 63.3% (60 · 4-66 · 0) en 2010, y la necesidad insatisfecha de planificación familiar disminuyó desde 15 · 4% (14 · 1-16 · 9) en 1990, a 12 · 3 · 10% (9-13 · 9) en 2010. En 2010, 146 millones (130-166 millón) en todo el mundo las mujeres de 15-49 años que estaban casadas o en unión ha tenido una necesidad insatisfecha de planificación familiar. El número absoluto de mujeres casadas que, o bien utilizar la anticoncepción o que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar se proyecta que crezca de 900 millones de dólares (876-922 millón) en 2010 a 962 millones de dólares (927-992 millón) en 2015, y aumentará en la mayoría de los países en desarrollo. Conclusión: Tendencias en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar y el crecimiento proyectado en el número de

potenciales usuarios de anticonceptivos indican que el aumento de la inversión es necesaria para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y mejorar la salud reproductiva en todo el mundo (9).

**Hong R, Montana L, Mishra V. (2010)**, en su estudio “Calidad de los servicios de planificación familiar como determinante del uso de DIU en Egipto”. El análisis se utilizaron datos del Egipto 2003 Provisional de Demografía y Salud de la encuesta (EIDHS) que incluyó a 8.445 mujeres casadas de 15-49 años, y la encuesta de 2002 de Prestación de Servicios de Evaluación de Egipto (ESPA) que incluía 602 establecimientos que ofrecen servicios de planificación familiar. Un índice de nivel de instalación se construyó para reflejar la calidad de los servicios de planificación familiar. Se examinaron cuatro dimensiones de la calidad de la atención: el asesoramiento, sala de examen, el suministro de métodos anticonceptivos y de gestión. Efectos de la calidad de los servicios de planificación familiar en el uso de DIU y otros métodos anticonceptivos se estimaron mediante regresión logística multinomial. Resultados: El uso del DIU entre las mujeres que obtuvieron su método de fuentes públicas fue significativamente asociado positivamente con la calidad de los servicios de planificación familiar (RRR = 1,36,  $p < 0,01$ ), independiente de la distancia a la instalación, el tipo de establecimiento, edad, número de hijos vivos, nivel de educación, riqueza de los hogares, y la residencia. Calidad de los servicios relacionados con el asesoramiento y el examen habitación tenía fuertes efectos positivos sobre el uso de DIU (RRR = 1,61 para el asesoramiento y RRR = 1,46 para la sala de examen). La obtención de DIU de una fuente privada o el uso de



otros métodos anticonceptivos no se asoció con la calidad de los servicios. Conclusión: la calidad del servicio es un determinante importante del uso de métodos anticonceptivos clínicos en Egipto. Mejora de la calidad de los servicios de planificación familiar puede ayudar a aumentar aún más el uso de métodos anticonceptivos clínicos y reducir la fertilidad (10).

**Zapata I, Gutiérrez A. (2012)**, en su estudio “Diagnóstico situacional de las actividades de planificación familiar y estimación de la demanda potencial de los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social”, Honduras, investigación de tipo prospectivo, transversal, y descriptivo de la situación de los componentes técnico administrativo y de provisión de las actividades de Planificación Familiar, y de algunas características de la demanda potencial de la población derechohabiente en edad reproductiva e identificando las limitantes de acceso a los mismos. Dada la complejidad de la investigación se utilizaron varias estrategias e instrumentos para la recolección de la información. Resultados: El IHSS constituye el segundo estrato de mercado más importante para la distribución de métodos de PF en el país, sin embargo solo brinda cobertura a un 18% de la población derechohabiente en edad reproductiva, de acuerdo con el estudio realizado en el año 2006. Con relación al análisis de la demanda se encontraron los siguientes hallazgos de importancia: El conocimiento de al menos un método de PF es de un 95%, los más conocidos fueron en su orden: las pastillas con 84% seguido de condón 75% y dispositivo intrauterino con un 71%; La demanda actual de métodos de PF en el IHSS es de 63.3 %; Los no usuarios de los servicios de PF representa un 36 %, el 66% de estos expresaron su intención de hacerlo

y constituyen el 21% del total de los encuestados; De las mujeres que se encontraban en las salas Post Evento Obstétrico (PEO): el 88 % expresó que si desearían utilizar un método de PF En relación a su intención de utilizar un método de PF, los principales métodos de elección fueron en su orden decreciente: DIU 38.6%, AQV femenina 23%, pastillas 16% e inyección u condones 9.1 % respectivamente, y de éstas el 75% refirió que desea obtenerlo después de la alta médica; Con relación a las fuentes de suministro de métodos de PF se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes ya que cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA, realizando gastos de bolsillo. El 22.45% lo hace en los servicios del IHSS, y alrededor del 13% de los usuarios actuales los obtienen en el sistema público nacional, no se logró estimar el número de métodos entregados en el IHSS pero que habían sido donados por la SESAL u otras instituciones pero es seguro que esto implica distorsiones en el mercado nacional de anticonceptivos e inequidad (11).

**Sánchez L. (2015)**, en su estudio “Estudio de la calidad de los servicios de planificación familiar en el Centro de Salud del Cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas”, Guayaquil Ecuador, estudio de campo con la finalidad de proponer un plan de mejoras. La metodología de estudio se basa en el descriptivo y analítico, es decir, describe el problema, utilizando las técnicas de investigación, encuestas y entrevistas con bases teóricas y fuentes confiables de investigación. Analizando la situación actual del centro de salud San Lorenzo el servicio de planificación familiar se encuentra

deficiente, si existe planificación familiar pero la calidad de atención según los indicadores y estándares de ministerio de salud pública se encuentra con deficiencias lo que se pone en evidencia la falta de calidad de gestión en adquisición de anticonceptivos y el poco empoderamiento de los profesionales en la aplicación del llenado de formularios de salud sexual realizando así una mala calidad de abordaje a la usuaria en la consulta de planificación familiar (12).

**Chávez S. Ferrando D. (2010)**, en su estudio “Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opinan tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as”. Lima Perú, estudio que recogió información tanto de fuentes secundarias como primarias, buscando obtener datos relevantes para mejorar la programación y el acceso de la población al condón masculino, e introducir el condón femenino en la oferta de métodos. Se realizaron un total de 42 entrevistas y 3 grupos focales con diversos grupos de informantes elegidos intencionalmente, con el propósito de obtener la gama más amplia posible de percepciones y actitudes sobre las ITS en general, el VIH y Sida, los embarazos no deseados o no planificados y la doble protección, la planificación familiar así como un panorama de cómo está el país en materia de programación y promoción de condones masculinos, y cuál sería la disposición del sector para la introducción del condón femenino en el mercado nacional. Los instrumentos fueron desarrollados especialmente para este estudio por el equipo de investigadoras funcionarios del MINSA y UNFPA. Se realizó también una

aplicación piloto de los instrumentos mediante entrevistas simuladas entre miembros del equipo de campo y con profesionales de centros de salud de dos redes. El diagnóstico situacional muestra, de manera general, que el embarazo no deseado o no planificado y las ITS son problemas de salud pública que forman parte de la agenda del sector salud y que afectan a las mujeres peruanas, causando una gran carga de morbilidad y un gran costo para el Estado. El embarazo no deseado o no planificado es un problema presente en la vida de las mujeres y las adolescentes que el VIH. De allí que el conocimiento y el uso del condón, en ambos grupos de mujeres, esté más vinculado a su efecto anticonceptivo que a sus atributos como profiláctico. Los hallazgos señalan que las prioridades que se deben atender desde la respuesta nacional incluyen: Asociar el VIH y el embarazo no deseado o no planificado. Reconocer las necesidades particulares de las y los adolescentes, quienes son afectados por estos dos problemas y requieren intervenciones específicas dirigidas a este grupo etéreo con servicios diferenciados de planificación familiar. Con respecto a la epidemia del VIH y Sida, según la percepción los directivos, funcionarios y proveedores de salud entrevistados, las estadísticas que actualmente se manejan no reflejan de manera integral la realidad. Los servicios de planificación familiar no atienden a la población general. La mayoría de las estadísticas y estudios que se han revisado dan cuenta del número de personas que usan condones como un indicador de protección. Sin embargo se deben considerar las dinámicas sexuales y los eventos sexuales, es decir, las circunstancias en que hombres y mujeres tienen relaciones sexuales con o sin protección. Un aspecto clave para mejorar el abordaje de la salud de la

mujer, es lograr que los servicios integren la salud sexual y reproductiva y la atención de VIH y Sida, lo cual sería concordante con el enfoque de transversalización de los servicios que es una apuesta del MINSA. Se identifican problemas de coordinación y entre los distintos niveles de gestión de los servicios que afectan la atención que se brinda en el nivel operativo. La escasez de recursos económicos, la dificultad derivada del limitado número de personal y la sobrecarga de trabajo están afectando seriamente el desarrollo de los programas e intervenciones en salud. No hay duda que se requieren más personas en el campo operativo, y procesos más dialogados en las DISA y en los establecimientos de salud (13).

**Alejandro T, Terukina R. (2011)**, en su estudio “Evaluación de la calidad de atención del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao”. Lima Perú, investigación descriptiva de diseño transversal, mediante el cual se trata de evaluar la calidad de la atención del servicio de Planificación Familiar en el Hospital Daniel Alcides Carrión en febrero del 2011. Resultados: El consultorio de planificación familiar cumple con el 88.8% de las características deseadas para un buen funcionamiento. El 100% de las observaciones en el área de espera no existe un lugar específico para la acogida de los niños. No se brinda una atención completa del servicio de planificación familiar. La edad promedio de las usuarias en promedio fue de 25.82+/-7.9 años, siendo el grupo de 21-26 años es el más frecuente con 29%, además el 85% de las usuarias tiene grado de instrucción secundaria o superior. El 85% de las usuarias manifiesta que los horarios de atención son convenientes, La gran mayoría de las usuarias



(96%) manifiesta que el tiempo de espera fue aceptable. El 100% de las usuarias manifiesta que espero menos de 15 minutos para su atención (14).

**Ríos L, Vásquez M. (2012)**, en su estudio “Percepción de la calidad de la atención en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Perspectiva de los usuarios: Lima, enero - febrero 2012”. Lima Perú, estudio descriptivo de corte transversal prospectivo y cualitativo, mediante la aplicación de una encuesta a los usuarios del servicio en presencia del encuestador. Se obtuvo 87 usuarios encuestados que acudieron al servicio en el que se determinó el tiempo utilizado para recibir los servicios de salud. Resultados: en el estudio se tiene que el 35,6% tuvo un tiempo de espera de más de 60 minutos y el 31% tuvo un tiempo de espera de entre 31 a 60 minutos, esto también daría lugar a un menor tiempo de duración en la atención por cada paciente de entre 5 a 10 minutos que es de 74,7%, se evidencia altos porcentajes que piensan que el tiempo de espera es mucho a través de un 60,9% de los casos, mientras que en la duración de la entrevista un 85,1% de los pacientes manifestó que es aceptable dicha duración de tiempo. El 50.6% de los entrevistados manifestaron que no fueron examinados, resolvieron sus dudas fue de 94,3%, y respecto a la explicación de lo que se le solicita en el servicio de parte del paciente también el porcentaje es mayor con un 98.9%. Respecto al trato del personal se evidencia un porcentaje de 98,9% mediante un respeto y discreción hacia el paciente, la privacidad del usuario con un 97.7%, denotar la percepción del trato del personal de admisión un alto porcentaje 86,2 % manifestó que el trato fue bueno, otro porcentaje (12,6 %)

manifiesta un trato regular. Los usuarios responden no haber recibido maltrato durante las atenciones con un 94,3%, se le atendió cada vez que se solicitó la consulta con un porcentaje de 95,4%, con respecto a la obtención de los anticonceptivos solicitados se evidenció un 3,4% no obtuvieron dichos anticonceptivos, este porcentaje no se debió a la falta de dichos insumos para ser entregado a las usuarias, más bien fue por circunstancias propias de las usuarias. Se hizo la pregunta si se había dado algún tipo de cobro en dicho centro lo cual la mayoría manifestó que no había dicho cobro que se evidencio a través de un mayoritario 100%. Conclusiones: A pesar de que las personas tienen una percepción favorable del Hospital, el tiempo de espera es uno de los principales factores y el principal problema presente en el programa de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (15).

A nivel regional y local no se encontraron estudios relacionados con el tema de investigación.

### **1.3. Bases teóricas:**

#### **Análisis de Situación de Salud (ASIS)**

El Análisis de Situación de Salud, representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios, institucionales o de un servicio de salud (Martínez, 2006). Los términos “Diagnóstico de Salud” y “Análisis de la Situación de Salud” suelen manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los

problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas (16).

En su elaboración se identifican dos etapas:

- Primera Etapa: Búsqueda de información e interpretación de los datos: Diagnóstico de la Situación de Salud.
- Segunda Etapa: Análisis con los actores sociales para precisar necesidades sentidas de salud, el cual se realiza a través de la Identificación y Priorización de los Problemas de Salud (16).

Los análisis de situación de salud como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervención, cuya dirección es fortalecer las decisiones y acciones en materia de salud y otros, donde se involucra a la población con un fin único de reducir o disminuir las inequidades sociales (16).

En este orden de ideas, se puede expresar que los ASIS tienen como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que actúan en distintos niveles de la sociedad; además de conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, estimar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para definir las Intervenciones para su modificación favorable (16).

## **Fundamentación Epidemiológica del Análisis de Situación de Salud**

Considerando que gran parte de las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen están directamente vinculadas al modo de producción de cualquier sociedad (Feo, 2003), se hace necesario, que impere un nuevo enfoque de desarrollo, resultando interesante para la Epidemiología el reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción sobre los determinantes sociales de la salud (16).

El vincular la situación de salud a las condiciones de vida, es decir, Filosofía-Epidemiología-Salud mantiene su vigencia, pues esa propuesta de analizar la situación de salud según condiciones de vida se apoya en la reproducción social, categoría filosófica indiscutible y de la cual derivan las dimensiones que una vez operacionalizadas intentan aproximarse a esas condiciones de vida de la comunidad que se estudia (16).

En este sentido, correspondió a la Epidemiología como disciplina científica dadas las características de su objeto de estudio, sustentar esas alternativas teórico-prácticas, mucho más concretas después del seminario sobre “Usos y Perspectivas de la Epidemiología” realizado en Buenos Aires, Argentina, donde se precisaron esos importantes usos, uno de los más relevantes resultó ser el Análisis de la Situación de Salud (16).

### **Tipos de Análisis de Situación de Salud:**

Existen básicamente tres tipos de ASIS:

- El ASIS Institucional, el cual se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios y que genera como producto un Diagnóstico de Salud, dado por la morbilidad y mortalidad, datos demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales.
- El ASIS con Participación de las Comunidades o Diagnóstico Comunitario donde se evidencian y priorizan problemas sociales, de infraestructura u organizaciones que hacen vida dentro de la comunidad estudiada.
- El ASIS Mixto, realizado con la integración de los dos anteriores, es decir cuenta con el Diagnóstico de Salud y el Diagnóstico y Análisis realizado con las comunidades. Este último puede desarrollarse en los tres niveles del Sistema de Salud, Nacional, Estatal y Local (16).

### **Enfoques del ASIS:**

Actualmente, se concibe dentro de las características del ASIS un carácter dialéctico, en el cual no está acordado el regirse por esquemas rígidos o recetas preconcebidas; considerándose muy importante en lugar de ello, la necesidad de una orientación metodológica, variable, según el nivel donde se realice el ASIS, seleccionada por el grado de complejidad del territorio a estudiar y por la aceptación que tenga la metodología por el equipo de salud y la comunidad para poder ser aplicada y entendida (16).

El ASIS con enfoque poblacional se realiza en un territorio población definido y en un período de tiempo determinado, país, estado, municipio o sector, con



fines asistenciales, docentes y de investigación, esta integración es indispensable para demostrar nuestro compromiso social para el cambio. En su construcción, el ASIS, debe avanzar en la tendencia a realizarlo considerando los riesgos de los diferentes grupos poblacionales, de manera de anticiparse para evitar o disminuir el daño, y no construirlo de manera retrospectiva como usualmente ocurre (16).

En lo asistencial, los beneficios que podemos obtener con la realización de un ASIS es mejorar la calidad de la atención de salud y sus resultados, con el trabajo del equipo de salud, en el cual debe necesariamente estar incluida la comunidad.

En la docencia, de la misma manera que en nuestra práctica clínica como médicos aprendemos, ejercitamos y mejoramos progresivamente la elaboración de una Historia Clínica, la construcción del Análisis de la Situación de Salud requiere el desarrollo de competencias, de forma que el procedimiento se asimile en forma activa, consciente, creadora, independiente y con rigor científico, por lo que se hace necesario iniciar la instrucción del recurso humano en formación en salud desde los cursos de pre-grado, práctica que actualmente solo se contempla en toda su amplitud en el programa de formación del recurso humano en Medicina Integral Comunitaria (16).

El aporte del ASIS a la investigación es evidente, ya que a través del mismo encontramos nuevos conocimientos sobre alguna(s) variable(s) de la

situación de salud de la población estudiada, de allí que el ASIS se le considere un trabajo de investigación en el campo social que bajo un enfoque holístico emplea los métodos epidemiológicos, clínico, sociológico y también se vale de la planificación para las estrategias y acciones, permitiendo la vinculación de la investigación y la práctica, con la finalidad de que la definición de políticas de salud y la toma de decisiones, sean más pertinentes y oportunas (16).

## **Etapas del análisis situacional**

### **A. Diagnóstico de situación de salud:**

Este capítulo se enfoca en la construcción del Diagnóstico de Situación de Salud iniciando el mismo, con la descripción de los aspectos generales de la comunidad en estudio, recordando que según el INEI, está conformado por País, Departamentos, Municipios, Parroquias, Centros Poblados, en las que encontramos localidades, comunidades, barrios, sectores, caseríos y urbanizaciones. Entre los cuales comprende:

- Aspectos Generales:
  - Aspectos geográficos.
  - Aspectos históricos.
  - Aspectos políticos.
  - Aspectos culturales.
  - Aspectos económicos.
  - Aspectos sociales
    - Salud
    - Educación

- Instituciones presentes
- Servicios públicos
- Medio ambiente.
- Datos demográficos, índices (16).

## **B. Encuentro con la comunidad:**

La segunda etapa del ASIS comienza con el análisis de los actores sociales para precisar las necesidades sentidas de salud de la población, para ello se debe tener contacto con la comunidad en estudio, este contacto generalmente se realiza a través de los trabajadores de los centros de salud, líderes comunitarios, consejos comunales u otra organización existente en la comunidad, para explicarles lo que es un ASIS y lo importante que es la participación de la comunidad en la construcción del mismo. Una vez hecho el contacto y establecidos los acuerdo para realizar una Asamblea Comunitaria a fin de Identificar y Priorizar los Problemas de salud de la comunidad, se envía invitación a todos los organismos públicos de la misma, tales como: Alcaldía, Cámara de Concejales, Organismos de Seguridad, Organismos Responsables de los Servicios Públicos, Coordinación de Consejos Comunales, Comités de tierras entre otros; con la finalidad de exhortarlos a participar en la actividad (16).

## **Metodología del ASIS.**

Una vez realizada la caracterización de la comunidad, institución o programa en estudio, seguimos los siguientes pasos o fases: 1. Identificación de Problemas. 2. Priorización de Problemas. 3. Análisis Causal y Búsqueda de

Alternativas de Solución. 4. Elaboración del Plan de Acción. 5. Vigilancia y Evaluación (16).

### **Fase I: Identificación de los Problemas**

La definición y enunciado del problema debe ser preciso en lo referente a la magnitud, localización y tiempo. Debe expresar las carencias, déficit, deficiencias, insatisfacciones, restricciones y limitaciones que definen el problema; así como los indicadores que lo describen o caracterizan expresados en cifras relativas o absolutas o en términos cualitativos. La identificación del problema debe realizarse en conjunto con la comunidad. La misma, puede realizarse a través de diversas metodologías, como son la observación, la revisión de informes estadísticos, encuestas, aplicación de técnicas de trabajo en grupo, por ejemplo, informantes claves, juicio grupal ponderado, grupos focales y la Técnica de la Lluvia de Ideas. Esta última opción es la que sugerimos, ya que este ejercicio se desarrolla con la exposición libre de ideas por parte de la comunidad sobre los problemas que perciben en la realidad que se analiza (16).

### **Fase II: Priorización de los Problemas**

En la asamblea de ciudadanos una vez identificados los problemas se procede a priorizarlos. Existen múltiples métodos de priorización de problemas, pero los criterios que utilizan la mayoría de ellos, son en mayor o menor medida similares.

El método recomendado para priorizar los problemas es la Matriz de Priorización o Método de Ranqueo, su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle a cada uno un valor entre 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados. Los criterios se listan a continuación:

(A) Tendencia: en el tiempo se refiere al incremento o decrecimiento del mismo.

(B) Frecuencia: ¿A qué porcentaje de la población afecta?

(C) Gravedad: o severidad del problema: ¿Cuán grave para la salud de las personas es el problema?

(D) Disponibilidad de recursos: Cuenta la comunidad con recursos físicos, humanos o financieros para resolver ese problema?

(E) Vulnerabilidad: y posible prevención del problema ¿Es posible hacer algo para que la situación mejore?

(F) Coherencia con la misión del que planifica: Importancia política: ¿Está interesada la comunidad y la sociedad en general en resolver el problema?

La puntuación de dos (2) puntos, se le otorga al problema que presente: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los otros valores, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte, se le otorga el valor de 1 punto; o no los cumplan, se le otorga el valor de 0 (Toledo, 2004) (21).

### **Fase III: Análisis Causal y Búsqueda de Alternativas de Solución.**

Para la tercera fase, el primer paso es el análisis causal y explicación de los problemas priorizados, a través del Árbol del Problema basada en los determinantes del Modelo de Campo de la Salud de Lalonde, relacionando los determinantes de estilos de vida, medio ambiente, biológicos y de organización de los servicios de salud con los factores de riesgo para la enfermedad y la muerte en cada problema priorizado, en su tronco se ubica el “Problema Priorizado”, en sus ramas las “Manifestaciones o Consecuencias del Problema” (lo visible) y en sus raíces las “Determinantes o Causas del Problema” según el Modelo de Campos de la Salud de Lalonde. Esta metodología ha demostrado ser de fácil exploración de los problemas comunitarios y de salud con las comunidades (16).

El segundo paso de la tercera fase es la de exploración o búsqueda de alternativas de solución, esta se realiza con la construcción de una Matriz DOFA, FODA O DAFO. En la misma, se hace un análisis de las fuerzas actuantes dentro de la comunidad (fortalezas y debilidades) y fuera de la misma (oportunidades y amenazas) que tienen influencia en el logro de la visión que se propone alcanzar (16).

### **Fase IV: Plan de Acción**

En el Plan de Acción se establecen las medidas y las acciones a desarrollar en función de los problemas identificados en la comunidad objeto de estudio. El mismo debe ser factible, flexible, evaluable, cumplir con el principio de nominación, contar con los recursos humanos, materiales y financieros



disponibles a ese nivel y deberá contar con el conocimiento, la involucración y la aprobación de los responsables de su ejecución. Este Plan debe incluir:

- **Objetivos:** Deberán ser medibles y alcanzables en sus diferentes niveles de ejecución. Darán respuesta a las interrogantes de Qué y Para qué.
- **Actividades:** Serán las diferentes acciones a ejecutar para alcanzar los objetivos propuestos. El cómo lograrlos.
- **Recursos:** Tener en cuenta todos los recursos necesarios de tipo material, humano y financiero, su existencia real, disponible o alcanzable a corto, mediano o largo plazo.
- **Responsables y ejecutores de las acciones:** Quiénes y cuándo darían respuesta a los objetivos planteados (16).

### **Fase V: Vigilancia y Evaluación**

La quinta fase consiste en la vigilancia y evaluación de la situación de salud y el impacto de las intervenciones establecidas en el plan de acción. La evaluación y monitoreo de las tareas y actividades del Plan de Acción de cada nivel, deberá ser realizado siempre de forma participativa, para mantener el sentido de auto responsabilidad y pertenencia. Se evaluará junto a la comunidad la marcha del Plan de Acción y se tendrá en cuenta las modificaciones obtenida en la situación de salud al establecer la comparación con los Análisis de salud anteriores (16).

Los equipos chequearán el cumplimiento de los Planes de Acción en las visitas de terrenos, en las reuniones con la comunidad y a través de la información recibida de los participantes del equipo de salud. Los

responsables del proyecto confeccionaran el documento, el Análisis de la Situación de Salud de la población o municipio X, analizado y firmados por todos los participantes (16).

### **El análisis de la respuesta social.**

La denominada «Oferta de Servicios de Salud» es un concepto que se refiere al conjunto constituido por todos aquellos servicios producidos para la atención de salud, un sistema que atiende a una población y espacio concretos, con el propósito de promover, mantener, restaurar la salud y prevenir la ocurrencia de enfermedad. Estos servicios para la atención de salud son el resultado de un tipo particular de proceso productivo donde intervienen factores de naturaleza muy diversa: recursos humanos, equipos, infraestructura, insumos, medicamentos y tecnología. Para comprender de manera integral todos los aspectos involucrados en la producción de servicios de salud se ha asumido el marco conceptual del Enfoque Sistémico (7).

El importante aporte de la aplicación del enfoque de sistemas necesita complementarse con otros enfoques que permitan abarcar la plena comprensión de la situación de salud, aún más cuando la gestión es el arte de lograr el éxito y obtener resultados. Para ello, el Pensamiento Estratégico en la gestión sanitaria permite reconocer la orientación y dirección de las acciones a producirse, de modo tal que el esfuerzo y la utilización de los recursos de la Oferta tengan el sentido de lograr resultados definidos por las instancias de conducción institucional (7).

Un concepto que recorre todo el análisis de la oferta es la Resolutividad, es decir la capacidad con que cuenta las respuestas del sistema de salud para «resolver» efectivamente las necesidades y demandas de salud de la población. Conforme a este enfoque la Oferta debe estar: a) habilitada en estructura; b) contar con la especialización necesaria en complejidad; y c) garantizar el uso óptimo de los recursos en eficiencia (7).

Para completar el análisis, también es necesario enfocar un aspecto esencial de la naturaleza propia de las organizaciones de servicios: la Calidad. Esta dimensión de la Oferta es central en la entrega de los servicios de salud: un servicio es de buena calidad cuando satisface exactamente las necesidades y las expectativas del usuario. Enfocar la satisfacción de los usuarios significa poner el elemento Calidad en el centro de las decisiones de gestión, dándole un sentido realista al desempeño actual que vienen cumpliendo los establecimientos de la red (7).

Fuentes de información:

- Sistemas Estadísticos e Informáticos específicos
- Censo de Recursos Humanos, Infraestructura y Equipamiento:
- Encuestas a Estudios Puntuales.
- Información de otras instituciones (7).

Lista de necesidades:

- Descripción de la oferta

- La Percepción de los Usuarios.
- La Conducción Estratégica.
- La Estructura de Soporte.
- Los Recursos Humanos.
- La Organización de la Complejidad.
- La Producción (7).
- La Evaluación de la Oferta, que se orienta a elaborar juicios sobre el esfuerzo y los resultados logrados en el período de gestión (generalmente de alcance semestral o anual).
- La Optimización de la Oferta.
  - Determinar la diferencia entre el rendimiento actual y el rendimiento óptimo de la oferta actual (brecha de eficiencia);
  - Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (resolutividad), en el sentido del Balance de Oferta y Demanda (7).

### **Programa de Salud**

Es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención (17).

### **Planificación Familiar**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la planificación familiar se la puede definir como aquella que permite a los individuos y a las parejas

anticiparse para alcanzar su número deseado de niños en el espacio y el tiempo adecuado entre sus nacimientos. Esto se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la infertilidad involuntaria. La habilidad de una mujer para espaciar y limitar sus embarazos tiene un impacto directo en su salud y en su bienestar como también el del producto de cada embarazo (17).

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva de un país. Por ello, el Ministerio de Salud viene realizando grandes esfuerzos para mejorar la oferta integrada de los servicios y la entrega de los métodos anticonceptivos a fin de satisfacer la demanda de la población, mejorando la calidad de vida y la salud de las personas (17).

Estas acciones son importantes porque permiten reducir los índices de muertes maternas ya que al poder planificar su familia en forma adecuada, las mujeres podrán reducir los embarazos riesgosos y diferir la gestación hasta encontrarse en condiciones adecuadas de salud.

Este criterio también es válido para adolescentes y jóvenes en edad fértil, quienes por desconocimiento se embarazan a temprana edad poniendo en riesgo su vida y la de su bebé, en lugar de esperar hasta después de los 20 años, así como establecer períodos intergenésicos (tiempo entre un nacimiento y otro) de por lo menos 3 años y reducir el número de embarazos no planificados susceptibles a terminar en un aborto (17).

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA es la responsable del tema y su labor se basa en el fomento del ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, así como el pleno respecto de la integridad física del ser humano, en el marco de una reducción de la muerte materna (17).

### **Programa de Planificación Familiar**

El programa de planificación familiar está integrado por un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de método anticonceptivo (17).

Tiene como objetivo primordial el lograr que las mujeres y hombres tengan acceso a la información y a los servicios de la más amplia gama de métodos anticonceptivos para hacer uso de su derecho a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos.

### **Componentes del programa de planificación familiar:**

#### **A. Componentes de la Prestación:**

- **Evaluación clínica del usuario:** realizar una evaluación integral de las/os usuarios de los servicios de Planificación Familiar, cumpliendo con anamnesis y examen físico.
- **Selección del método de planificación familiar:** identificación de los métodos más apropiados para la usuaria/o.

- **Prescripción del método anticonceptivo:** debiendo considerar, mecanismo de acción, condiciones de contraindicación el uso, características, efectividad o tasa de falla, posibles efectos secundarios, forma de uso y seguimiento a la/el usuario (18).
- **Aplicación o entrega de método anticonceptivos:** proveerse en los consultorios, registrar en la historia clínica y otros formularios de información. A la usuaria nueva brindar atención integral en SSyR, previa orientación con: examen de mamas, toma de PAP, tamizaje de VBG, tamizaje VIH.
- **Atención de otras necesidades de salud:** realizar la atención debida según patología encontrada y teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la zona.
- **Control y seguimiento de la/el usuaria/o:** evaluar la conformidad con el método, averiguar el estado de salud, uso correcto del método y la presencia de efectos secundarios. Los establecimientos realizarán coordinaciones según el nivel de complejidad para el adecuado seguimiento (18).

## **B. Componentes de la Organización:**

- **Ambientes para la prestación de la atención en planificación familiar:** deben tener las siguientes características: privacidad visual auditiva, el área de examen físico y ginecológico debe estar debidamente aislado del resto del ambiente de atención, contar con baño propio, debe estar acondicionado para facilitar la presencia de la

pareja durante la atención, debe contar con los insumos – materiales – equipos – mobiliarios necesarios para la atención (18).

- **Área para la provisión de los métodos definitivos (AQV):** los establecimientos de salud públicos que brinda atención con métodos anticonceptivos definitivos serán considerados desde las categorías II-1, II-2, III-1, III-2. Que cuenten con unidad prestadora de salud Centro Quirúrgico según norma de categorización vigente (18).
- **Atención según competencia del personal de salud:** el personal de salud tiene la responsabilidad de realizar las atenciones de acuerdo a su competencia técnica. El personal debe actualizarse permanentemente en el uso y aplicación de los diferentes métodos anticonceptivos, así como en la atención integral de SSyR (18).

**C. Componentes de gestión:**

- **Programa de actividades de Planificación Familiar – Métodos Anticonceptivos:** considerar los siguientes criterios de programación anual:
  - o **Orientación/consejería en SSyR:** 02 sesiones por 30 minutos en el año; 03 sesiones por treinta minutos en el caso de anticoncepción quirúrgica voluntaria, otra después de las 72 horas , otra para la firma del consentimiento informado. Considerar programar el 30% del total de parejas protegidas programadas para el uso de métodos anticonceptivos. Unidad de medida usuaria orientada.



- **Captación de mujeres con demanda insatisfecha de PF:** % de demanda insatisfecha en PF consignada por cada departamento según ENDES. Unidad de medida, mujer captada para PF (18).
- **Programación de Métodos de PF:** Con fines de programación, de la población MEF se toma 51.2% que es la prevalencia de usuarias de métodos de PF, se añade el 8.6% del total de MEF que es la demanda insatisfecha en PF y el 1% de falla de MAC. En total se toma el 60.8% de las MEF. De este resultado le corresponde al MINSA atender al 51.9% de dicha población, siempre que haya otros proveedores de servicios de PF en la jurisdicción. Sin embargo, en los lugares donde no hay otro personal de la salud aparte de la DIRESA, se debe considerar con fines de programación al 60.8% del total de MEF de la jurisdicción. Los hospitales deben programar según tendencia de incremento de las atenciones en PF 30% adicional de parejas protegidas logradas con relación al año anterior. El total de MEF que demandan PF, en adelante serán las parejas protegidas programadas, que se distribuye según mezcla anticonceptiva de acuerdo a la tendencia del consumo según criterios definidos (18).
- **Disponibilidad de MAC:**
  - **Suministros de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos utilizados como anticonceptivos:** tiene como objetivo establecer responsabilidades, facultades, procesos y procedimientos para la implementación y funcionamiento de la atención en PF. La cual comprende los procesos de selección, programación, adquisición, almacenamiento – distribución y uso.

- En la DISA/DIRESA/GERESA
  - En los establecimientos de salud (18).
- **Sistema de información de PF:** se debe disponer de los indicadores pertinentes, con el objetivo de tomar decisiones para mejorar la calidad de atención. Sistema único de información actualmente es el HIS. También podrá hacer uso de los siguientes formularios de registro:
- Formato SIS 240, diario en EESS con FONE I, FONE II y FONI
  - Reporte mensual de PF
  - Tarjeta de control de citas
  - Formato de seguimiento de usuarias/os en EESS con FONP y FONB
  - Historia clínica materno perinatal SIP 2000
- **Monitoreo y evaluación de indicadores:** se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.
- **A nivel nacional:**
    - Tasa global de fecundidad
    - Tasa de fecundidad general
    - Prevalencia de uso de anticonceptivos
    - Necesidad insatisfecha de PF
    - Demanda total de PF
    - Porcentaje de parejas protegidas
  - **A nivel regional**
    - Tasa global de fecundidad regional
    - Prevalencia de uso de anticonceptivos a nivel regional

- Necesidad insatisfecha de planificación familiar a nivel regional
  - Demanda total de PF en la región
  - Porcentaje de parejas protegidas en la región
- **A nivel de los establecimientos de salud**
- Porcentaje de parejas protegidas en el establecimiento de salud
  - Porcentaje de mujeres en edad fértil captadas que acceden a un método anticonceptivo
  - Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben orientación/consejería sobre métodos anticonceptivos.
  - Porcentaje de puérperas cuyo parto ha sido atendido en el EE.SS. egresan habiendo recibido orientación/consejería sobre los métodos anticonceptivos.
  - Porcentaje de mujeres con diagnóstico de aborto incompleto que han sido atendidas en el establecimiento con FONB o FONE egresan debidamente informadas sobre métodos de PF.
  - Porcentajes de usuarias que acuden a los servicios de PF y que están satisfechas con la atención recibida.
  - Evaluación de desempeño de personal de salud: referida a las actividades destinadas a subsanar aspectos específicos de una práctica que no están siendo ejecutadas por un servicio. Siendo las buenas prácticas de atención, los procesos y procedimientos de atención que han probado alcanzar un resultado deseado y se enmarcan en una determinada perspectiva normativa o un parámetro consensuado (18).

- **Seguimiento**, a las usuarias/os es determinante en los logros trazados. Dicho seguimiento se realizará según las características de las/los usuarias/os y se establecerá un cronograma de atenciones para su respectiva cita. Así mismo se realizarán visitas domiciliarias a las usuarias que no asisten a sus controles (18).

**D. Componentes de financiamiento:**

- El MINSA, las GERESA/RESA/IGSS o las que haga sus veces en el nivel regional, así como las redes y microrredes y establecimientos de salud del nivel nacional garantizarán la implementación Norma Técnica de Salud PF 2016, incorporándole el programa presupuestal estratégico de salud materno neonatal del PPR o de aquel que lo remplace.
- Los establecimientos de salud del sector público deberán implementar las disposiciones de la Norma Técnica. Los establecimientos de ESSALUD, gobiernos regionales, gobiernos locales, sanidad de las fuerzas armadas y sanidad de la policía nacional del Perú, debe garantizar el financiamiento de las actividades a las que hace referencia la presente norma (18).
- El nivel nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, promoverán el apoyo privado y la cooperación externa para la implementación de la Norma Técnica PF 2016 (18).

## **Beneficios de la planificación familiar según la OMS**

Es importante reconocer que el principal beneficio de la promoción de la planificación familiar, junto con el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas, es lograr obtener el bienestar y la autonomía de las mujeres, y con esto además apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Cuando la mujer tiene la capacidad de decidir si quiere quedarse embarazada y en qué momento tiene un impacto directo en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, disminuyendo así la mortalidad materna (19, 20).

### **a) Reducción de mortalidad materno-infantil y control natal**

La planificación familiar puede evitar el embarazo en mujeres de edad, en donde los riesgos aumentan considerablemente para la madre y el producto. Permite que las mujeres decidan cuantos hijos tener y con esto disminuir las muertes maternas por multiparidad excesiva. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar hace que el número de abortos peligrosos sea cada vez más pequeño (20).

En países como los Estados Unidos en el 2006 el 49% de los embarazos fueron no deseados, teniendo un leve aumento del 2001 (48%). La tasa de embarazos no deseados aumentó a 52 por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años en 2006 de 50 en 2001. La disparidad en la tasas de embarazos no deseados entre subgrupos persiste y en algunos de los casos aumenta, y las mujeres entre 18 a 24 años pobres tienen tasas 2 o 3 veces más altas. Las

tasas de embarazos no deseados disminuyen notablemente en las adolescentes entre 15 a 17 años. La proporción entre los embarazos no deseados que resultan en aborto ha disminuido de 47% en 2001 a 43% en 2006, los nacimientos no deseados han aumentado de 23% a 25% por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años (21, 22).

Por otro lado, la planificación familiar puede reducir la mortalidad de los recién nacidos, al evitar embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Los neonatos cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar (23).

Además, la planificación familiar disminuye los embarazos de adolescentes, lo que implica que los nacimientos de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer disminuyan a la par ya que ambas van de la mano. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar sus estudios, lo que tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. Las mujeres primerizas más jóvenes, físicamente inmaduras y, a menudo, con pocos recursos, tienen el mayor riesgo. Cada año, 2.2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro. El 90% de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo, y la mayoría (un abrumador 74 %) se puede prevenir (22).

## **b) Prevención de infecciones por transmisión sexual**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causas comunes y prevenibles de morbilidad y serias complicaciones. La clamidia no tratada y las infecciones por gonococo pueden resultar en enfermedad inflamatoria pélvica, lo que puede llevar a la infertilidad, embarazo ectópico, y dolor pélvico crónico en 10 a 20 por ciento de los casos. Las ITS puede resultar en embarazos riesgosos, en donde se incluye al aborto espontáneo, muerte fetal, nacimientos prematuros, e infecciones congénitas. Finalmente, la presencia de las ITS puede facilitar la transmisión de VIH. Así, la prevención primaria de las ITS se debe dar con alta prioridad (23).

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de recién nacidos infectados y huérfanos. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual en espacial causada por el VIH (4).

También la planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Da la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, especialmente bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Es importante recalcar que una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo en cada

hijo; los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen demasiados.

**c) Impacto socio-económico:**

La planificación familiar es el pilar fundamental para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Por otro lado, se ha demostrado que programas en donde se transfiere dinero para educación en adolescentes mujeres de bajos ingresos produce un efecto directo en la prevalencia en enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el herpes simple tipo 2 (HVS 2); como se demostró en un estudio en Malawi. Se asignaron 88 áreas para recibir la intervención y 88 como control; de los 1289 individuos que fueron matriculados en alguna institución educativa al inicio del estudio en una entrevista completa y datos de biomarcadores, demostraron que la prevalencia de VIH a los 18 meses de seguimiento fue de 1.2% (7 de 490 participantes) en el grupo de intervención combinado versus a 3.0% (17 de 799 participantes) en el grupo control (OR ajustado 0.36, IC 95% 0.14 -0.91); la prevalencia de HVS 2 fue de 0.7% (5 de 488 participantes) versus 3.0% (27 de 796 participantes) (OR ajustado 0.24, 0.09 -0.65) (1).

Es decir, mientras mejor sea la situación económica – educativa de las poblaciones mejor apego tendrán los métodos de planificación familiar y con



esto todos beneficios que con ella vienen, como en el caso mencionado anteriormente las tasas de ITS disminuyen considerablemente y como seguramente lo harán las tasas de mortalidad materno-infantil, de abortos, embarazos no deseados, entre otros.

#### **d) Servicios de planificación familiar**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de obstetras, matronas, parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa en particular los adolescentes. Las matronas están capacitadas para facilitar (en lugares que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables (24).

Otros agentes de salud calificados, tales como, los agentes de salud comunitarios, también pueden ayudar con asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico (25).

#### **e) Uso de anticonceptivos en el mundo**

El uso de anticonceptivos está en aumento en el mundo especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de

edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En América Latina y el Caribe el porcentaje pasó de 64% a 67%; en África pasó de 23% a 24% y en Asia se mantuvo en 62% (26).

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción pequeña de las tasa de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía) (26).

### Métodos anticonceptivos modernos

Método	Descripción	Como funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico.
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	<99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas

Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente	El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la

	diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	(endometrio)		menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de menstruación) en un grupo de usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad

	noche completos, de una criatura menor de 6 meses			
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido
Método de días fijos	Consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	95% si se usa de manera correcta y sostenida. 88% tal y como se usa comúnmente (Arévalo y colaboradores 2002).	Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja
Método de la temperatura basal corporal	La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	99% si se usa de manera correcta y sostenida. 75% tal y como el FABM se usa comúnmente ++ (Trussell, 2009).	Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual
Método de los dos días	Este método consiste en determinar los periodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles	96% si se usa de manera correcta y constante. 86% con una práctica típica o común (Arévalo, 2004)	Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin

				secreciones
Método sintotérmico	Consiste en determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles	98% si se usa de manera correcta y sostenida. Se notificó un 98% , tal y como se práctica comúnmente (Manhart y colaboradores 2013).	Podría ser preciso utilizarlo con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquia y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de la temperatura corporal

### Métodos anticonceptivos tradicionales

Método	Descripción	Como funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método del calendario o método del ritmo	Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado)	Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo	91% si se usa de un modo correcto y sostenido. 75% tal y como se aplica comúnmente.	Podría ser necesario posponer su uso o utilizarlo con precaución, si se están tomando medicamentos (por ejemplo, ansiolíticos, antidepresivos, AINES o determinados antibióticos) que pueden alterar el momento de la ovulación
Marcha atrás (coitus interruptus)	Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos	Se trata de impedir que el esperma entre en la vagina para evitar la fecundación	96% si se usa de forma correcta y sostenida. 73% tal y como se practica comúnmente (Trussell, 2009).	Es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina

**Fuente:** OMS 2016.

#### **f) Necesidad insatisfecha de anticonceptivos:**

La OMS calcula que en los países en desarrollo aproximadamente unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Siendo los motivos los siguientes:

- Temor a los efectos colaterales
- Poca variedad de métodos
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros.
- Oposición por razones culturales o religiosas
- Barreras de género
- Servicios de mala calidad (26).

Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fecunda tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe, regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente.

Alrededor del mundo, la prevalencia del uso de anticonceptivos ha aumentado de 54.8% (95% intervalo de incertidumbre 52.3-57.1) en 1990 a 63.3% (60.4-66.0) en 2010, y la necesidad insatisfecha de planificación familiar ha disminuido de 15.4% (14.1-16.9) en 1990 a 12.3% (10.9-13.9) en 2010. Casi todas las subregiones, excepto aquellas en las que la prevalencia de uso de anticonceptivos fue ya alta en 1990, tuvo un aumento en la

prevalencia de uso de anticonceptivos y una disminución de la necesidad insatisfecha de planificación familiar entre 1990 y 2010.

En el 2010, 146 millones (130- 166 millones) de mujeres en el mundo entre 15-49 años casadas o en unión libre tuvieron una necesidad insatisfecha de planificación familiar. El número absoluto de mujeres casadas que utilizaban anticoncepción o que tenían una necesidad insatisfecha de planificación familiar se proyecta a un crecimiento desde 900 millones (876 -922 millones) en 2010 a 962 millones (927 -992 millones) en 2015, y aumentará en la mayoría de los países en desarrollo (27).

Esta tendencia de preveía de uso de anticonceptivos y de necesidad insatisfecha de planificación familiar, y la proyección de crecimiento en el número de potenciales usuarias de métodos anticonceptivos indica que es necesario aumentar la inversión para alcanzar la demanda de métodos anticonceptivos y mejorar la salud reproductiva a nivel mundial (27).

## **G. Calidad de los servicios de Planificación Familiar**

### **a) Importancia y herramientas para medir calidad**

La “calidad” en términos de salud reproductiva se la puede definir de varias maneras. Un consenso que existe para ofrecer una buena calidad, es el de la presencia de personal entrenado en centros de salud bien equipados en donde los pacientes son tratados con cortesía y proveídos con una variedad de servicios apropiados. El término, sin embargo, se refiere a ambos a la



buena disposición o nivel de preparación que tienen las instalaciones para ofrecer servicios, y la manera en que los clientes son atendidos (24).

Existe una variedad de herramientas que han sido desarrolladas para medir y evaluar la disponibilidad y la calidad del cuidado en la entrega de servicios de planificación familiar.

Algunas se las usa de manera integral, otras se enfocan en elementos particulares de la calidad, y otras se las utiliza para diagnosticar problemas, mientras que otras se las emplean para proponer soluciones.

Una herramienta que utiliza un abordaje integral, en la que se identifican las fortalezas y las debilidades de un programa, que muestra una medida diagnóstica de una situación actual, es la desarrollada por el Population Council en 1989 (herramienta similar utilizada en este estudio) para recolectar datos, guiados por el marco de trabajo Bruce, ha servido para evaluar el estado de la calidad del programa de servicio familiar a lo largo del mundo (24).

Otro abordaje integral para evaluar la calidad, es el abordaje estratégico de mejoramiento de la calidad del cuidado de los servicios de salud reproductiva propuesta por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS y el Programa Especial del Banco Mundial de la Investigación, Desarrollo, y de la Investigación en el Entrenamientos en Reproducción

Humana. Esta estrategia implica un proceso participativo mediante el cual, las partes interesadas de muchos grupos diferentes enmarcan las preguntas pertinentes, desarrollan instrumentos de recolección de datos, recopilan datos, y los analizan. Es decir, los equipos visitan instalaciones, entrevistan a los pacientes y a los proveedores, observan cómo se entrega el servicio, y se entrevistan a otras partes interesadas claves. Al final de la evaluación, el equipo analiza los datos y se presentan los hallazgos obtenidos.

Otra herramienta útil para identificar los indicadores de calidad, puede ser por ejemplo el proyecto de evaluación MEASURE que identifica más de 200 indicadores para medir calidad desde el punto de vista de dirección del programa, el proveedor del servicio y el paciente. Las cabezas elijen cuál de los indicadores seguir, basados en los requerimientos del programa (27).

Además, se puede decir que el crecimiento en el desarrollo de herramientas de medición de calidad puede estar acompañado por un cuerpo considerable de investigación de metodología de recolección de datos. Los temas estudiados van desde la adecuación de diversos instrumentos diseñados para captar diferentes perspectivas (las del cliente y del proveedor), su uso bajo diferentes circunstancias, así como la fiabilidad de los diferentes instrumentos para medir la calidad de la atención, a la correspondencia de la información recopilada por medio de diversos instrumentos.

Existen varios otros indicadores que están asociados a la calidad de los servicios de planificación familiar. Estos incluyen la adhesión a las prácticas

habituales por lo proveedores, tales como: discutir temas y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, y la historia médica – reproductiva; así como también la realización de exámenes básicos para garantizar que los métodos se administren de forma segura con respeto de la privacidad de los pacientes, y el asesoramiento adecuado para satisfacer las necesidades de las clientes. La calidad del servicio se puede mejorar mediante el uso de otros medios educativos, tales como terapia de grupo y de ayudas visuales como carteles, folletos, y vídeos. La calidad de los servicios además se puede mejorar mediante la adecuación de las habilidades de los profesionales de la salud a través de la capacitación en servicio y proporcionando supervisión personal de los profesionales de la salud (28).

#### **b) Consecuencias de la no calidad**

"La planificación familiar salva vidas" llama la atención el hecho de que alrededor de 212 muertes maternas se producen por cada 100000 nacidos vivos en la India, debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales la falta de acceso a los servicios de planificación familiar de calidad, incluyendo la disponibilidad de anticonceptivos, es uno de los principales factores contribuyentes. Un poco menos de la mitad (45%) de las muertes maternas se encuentran entre las mujeres jóvenes de entre 15 a 24 años de edad. Siendo la planificación familiar el principal factor que pueda evitar el un cuarto a un tercio de todas las muertes maternas; salvando así entre 140000 a 150000 vidas al año en todo el mundo. El aumento del acceso a la información sobre planificación familiar, servicios y suministros

tiene beneficios dramáticos en la salud de las mujeres y niños. La evidencia reciente indica que la planificación familiar es una intervención rentable y tiene un impacto inmediato sobre la mortalidad materna (29).

#### **1.4. Justificación:**

El estudio es importante porque en los países en desarrollo como el nuestro, no se pueden hacer a un lado las necesidades que existen sobre salud sexual y reproductiva. Dentro de estos temas la planificación familiar tiene un papel primordial, ya que no solamente cubre los temas de anticoncepción sino también sobre educación sexual en su totalidad, sobretodo porque aún existe demanda insatisfecha en este servicio y se ve vulnerado el derecho de las mujeres en su salud sexual y reproductiva (10).

El estudio es conveniente porque aunque la tasa de fertilidad ha disminuido considerablemente en América Latina, la tasa de fertilidad en los adolescentes se mantiene igual, siendo importante reducir la inaccesibilidad a este servicio. Por otro lado, existe un alto riesgo entre los adolescentes de coerción sexual, así como algunos estudios mencionan un alto porcentaje de embarazos en niñas de 15 años o menores que fueron por casos de incesto, también estudios muestran que el 50% de mujer jóvenes tuvieron su primer encuentro sexual bajo presión o coerción sexual, por lo tanto la educación sexual que se brinda en el servicio de Planificación Familiar debe contar con todos los componentes necesarios para ser extendido a las instituciones educativas y a espacios de mayor concentración de los adolescentes, por

tanto el servicio de planificación familiar debe estar preparado para atender estos problemas (24).

El estudio es relevante socialmente porque dentro de la planificación familiar es imposible hacer a un lado los diferentes métodos anticonceptivos modernos que existen. Sin embargo, el uso de los mismos deben ser expendidos dentro de la población de manera adecuada, es decir dependiendo de las necesidades de cada población que variará y será muy diversa una de otra (debido a raza, etnia, cultura, costumbres, edad, religión, entre otros). Por tanto el servicio de planificación familiar debe adaptarse a la diversidad de selección de métodos dependiendo de cada grupo poblacional (25).

El estudio en la práctica busca generar un buen servicio de planificación familiar que pueda combatir de manera directa los temas indicados anteriormente. Pero los servicios no solo deben ser mejorados en el ámbito de infraestructura, se deben reformar políticas, el personal de salud no solamente debe estar suficientemente bien formado en temas relacionados con salud sexual y reproductividad, sino también saber cómo integrarse con la comunidad para que sus conocimientos tengan un impacto positivo sobre la población (30).

El estudio como valor teórico busca establecer la necesidad para entrenar a los profesionales en planificación familiar, como también proveer de actividades educativas a los pacientes, incluyendo a los hombres y a

todos los profesionales del equipo de salud. La información que provee la planificación familiar no debe solo enfatizar sobre los métodos anticonceptivos que se consideren efectivos, sino también debe dirigir y proveer toda la variedad de métodos. Aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva deben indispensablemente formar parte de los servicios de salud reproductiva (31).

El estudio teóricamente es importante porque permite caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud, así como evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud para fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud (32).

El estudio es importante porque planificar los embarazos es un derecho de todas las personas para tener una vida saludable y sin riesgos, porque constituye un factor importante para la sexualidad responsable, en el marco de un acuerdo de pareja y al haber rotado durante el internado por estos servicios es que nos interesamos por desarrollar el tema, ya que observamos que los servicios no se encuentran en las mejores condiciones para brindar un servicio de calidad a la población usuaria.

### **1.5. Problema:**

¿Cuál es el análisis situacional del programa de planificación familiar en el Centro de Salud Morales, año 2016?

## **II. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo General:**

Evaluar el análisis situacional del programa de planificación familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

1. Conocer según análisis situacional el estado actual del equipo, suministros, infraestructura, procedimientos y habilidades de los prestadores de servicios existentes para el Programa de Planificación Familiar, en el Centro de Salud Morales.
2. Determinar según análisis situacional los requerimientos para mejorar las instalaciones y la capacitación para la provisión de servicios del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Morales.
3. Identificar según análisis situacional los cambios necesarios en la prestación de los servicios del Programa Planificación Familiar por los proveedores en el Centro de Salud Morales.
4. Priorización y análisis de los problemas del Programa Planificación Familiar por los proveedores en el Centro de Salud Morales.

### 2.3. Hipótesis de investigación:

El presente estudio no requiere de hipótesis

### 2.4. Operacionalización de variables:

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Variable Única</b>  Análisis situacional de los servicios de planificación familiar	Son suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener, planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. Para lograrlo deben utilizar métodos anticonceptivos modernos, más la provisión adecuada de información y educación relacionadas con la salud sexual	Observar cómo se encuentran funcionando los servicios de planificación familiar del centro de salud Morales, en infraestructura, personal de atención e insumos de planificación familiar	Análisis de los factores condicionantes	-Entorno geográfico -Población -Educación -Socioeconómico	Nominal
			Análisis Proceso Salud Enfermedad	-Atenciones -Tratamiento de complicaciones -Referencia	Nominal
			Análisis Proceso Salud Enfermedad	-Interacción proveedor usuario -Brinda información sobre todos los MAC. -Pregunta sobre uso anterior de MAC -Explica sobre MAC que protegen del VIH SIDA -Recibe MAC	Nominal
			Análisis Proceso Salud Enfermedad (Citología)	-Consejería -Completa la Historia clínica -Procedimiento -tareas de prevención de infecciones -Terminación	Nominal
			Análisis de la Respuesta Social	-Consejería pre actividad -Tarea -Consejería post actividad -Efectos no deseados -Tareas de prevención de infecciones -Terminación	Nominal
			Análisis Respuesta Social	-Tipo de establecimiento -Servicio requerido -Servicio ofrecido -Infraestructura -Anticonceptivos.	Nominal



				-Equipos -Materiales e insumos -Información educativa -Literatura o material informativo para usuarios	
			Análisis Respuesta Social (Personal)	-Obstetra / Medico/ interno -N° de usuarias atendidos hoy - Consejería en PF, sobre MAC y citología -Capacitación	Nominal

### III. MATERIALES Y METODOS:

#### 3.1. Tipo de estudio:

El estudio fue cualicuantitativo, descriptivo, participativo, observacional de corte transversal.

#### 3.2. Diseño de investigación:

El estudio es de diseño descriptivo comparativo, y se representa en el siguiente esquema:



**M<sub>1</sub>** = Muestra 1, servicio de planificación familiar del C.S. Morales

**O** = Información, Análisis situacional de los servicios de planificación familiar

#### 3.3. Universo, Población y Muestra:

##### Universo:

En la provincia de San Martín – Distritos de Morales y Tarapoto existen 3 centros de salud y 5 Puestos de salud que ofrecen atención primaria y secundaria en salud, donde brindan atención en Planificación Familiar.

**Población:**

Se ha seleccionado al Centro de Salud Morales, por ser el establecimiento de salud con mayor demanda de atención en planificación familiar, según datos de la oficina de estadística de la Red, quienes atienden un promedio mensual de 120 casos en el servicio.

**Muestra:**

Conformada por un establecimiento de salud seleccionado por intención, lo que representa al 25% de la población de establecimientos y se tomarán 24 usuarias del establecimiento para determinar la calidad de atención que brinda el servicio de planificación familiar que representa el 20% de la población usuaria y se tomará 04 proveedores obstetras que rotan por el servicio según rol de turnos.

**3.3.1. Criterios de Inclusión:**

- Usuarías que dan su consentimiento para ser encuestadas.
- Usuarías que dan su consentimiento para ser observadas durante la consulta o consejería en planificación familiar.
- Obstetras que dan su consentimiento para ser observadas durante la consulta o consejería en planificación familiar.

**3.3.2. Criterios de exclusión:**

- Usuarías que no acepten ser entrevistadas.
- Usuarías que no acepten ser observadas durante la consulta o consejería.

- Obstetras que dan aceptan ser observadas durante la consulta o consejería en planificación familiar.

#### **3.4.Procedimiento:**

- Se realizó la revisión bibliográfica y se elaboró el proyecto de investigación.
- Se realizó la presentación del proyecto de investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se presentó el estudio de investigación y se realizó la emisión de solicitud de permiso dirigida al jefe del Centro de Salud Morales, para que nos brinde las facilidades para la recolección de datos.
- Se procedió con la recolección de datos del estudio, según definición de población y muestra.
- Primero se desarrolló el diagnóstico que se hizo en base a fuentes secundarias.
- Posteriormente se realizó la segunda etapa que consistió en un taller con los actores involucrados del Programa de Planificación Familiar de donde se desprendieron los problemas identificados.
- Seguidamente se realizó la priorización de los problemas para posteriormente establecer la ruta de alternativas de solución.
- Posteriormente se realizó el vaciado de datos y análisis estadístico de la información.
- Se elaboró el informe de tesis y se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación y designación de jurado para sustentación.
- Posteriormente se procederá con la sustentación de la tesis.

### **3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

La metodología utilizada fue la entrevista y la observación de procesos de atención tanto para proveedores de los servicios como usuarios de planificación familiar. Esta herramienta se desarrolló con una metodología similar a la del análisis situacional de planificación familiar desarrollada por el Population Council para obtener información detallada sobre el ambiente servicio-prestación en planificación familiar, con el propósito de describir la disponibilidad, el funcionamiento y la calidad de estos servicios (Robert Miller, Andrew Fisher, Kate Miller, et al 1997; Mensch, 1994), el cual ha sido adaptado. El instrumento consta de secciones que abarcan: servicios proporcionados, personal, estadísticas de servicio (información de los pacientes, tratamiento de complicaciones, referencias a otros niveles de atención), calidad de atención, pastillas anticonceptivas, inyectables, condones y citología. Así mismo cabe resaltar que dicho instrumento ha sido comparado con las guías de ASIS elaboradas por el MINSA Perú y la norma técnica de Planificación Familiar actual aprobada en el año 2016.

Los resultados obtenidos con este instrumento se describen mediante una descripción del establecimiento de salud en base a la normativa del Ministerio de Salud aprobada con Resolución Ministerial N° 652 – 2016 MINSA que aprueba Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Se debe tener en cuenta además, que en el análisis de los resultados se mencionan aspectos observacionales que se apreciaron durante las visitas al establecimiento de salud por el investigador.

La herramienta al final se resume de dos maneras todos los datos registrados:

Variable dicotómica: Todas las partidas requeridas por cada variable de resumen se suman y dividen entre el número de partidas sumadas. Si la suma es 100%, la hoja de resumen dirá OK para esa partida; si es <100% dirá MEJORAR (si no aplica será NA; si no hay pacientes para los procedimientos o partidas de conocimiento dirá NO DATA (no hay datos).

Variable continua: Todas las partidas requeridas por cada variable de resumen se suman y dividen entre el número de partidas sumadas. La hoja de análisis presentará el porcentaje resultante para esa partida (si no aplica dirá NA).

Para la siguientes etapas del ASIS en el Programa de Planificación, se desarrollaran los talleres para la presentación del ASIS, seguidamente se procederá con la presentación y priorización de los problemas identificados y posteriormente a través de la metodología de la Problematización se determinará la solución de los problemas.

### **3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:**

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2011, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar.

#### IV. RESULTADOS:

**Tabla N° 01:** Datos Generales del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO:</b>	<b>C.S. Morales 0 = No; 1 = Si</b>
Distrito de Establecimiento:	Morales
<b>GENERAL</b>	
<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO (ESCOGE UNO):</b>	
Centro de salud	1
Puesto de salud	
<b>CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO (ESCOGE UNO)</b>	
I – 3	
I – 4	1
<b>SERVICIOS REQUISITOS DEL SITIO</b>	
Inserción del DIU	1
Extracción de DIU o remoción de DIU	1
Anticonceptivos orales (Lo-femenal)	1
<b>Anticonceptivos mini orales (Ovrette)</b>	<b>0</b>
Inyectables mensuales combinados	1
Inyectables trimestrales de progestina	1
Condomes	1
Citología	1
Norplant ( <b>implanon</b> )	1
<b>Operación femenina</b>	<b>0</b>
<b>Operación masculino</b>	<b>0</b>
<b>Espermicida</b>	<b>0</b>
<b>Contracepción de emergencia</b>	<b>0</b>
<b>Diafragma</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el establecimiento según su nivel y categoría cumple en su mayoría con los requisitos de servicios que debe oferta, sin embargo no se

cuenta con contracepción de emergencia que es un insumo gratuito en los servicios de salud según normativa y aspecto legal de nuestro país.

**Tabla N° 02:** Servicios Ofertados del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>SERVICIOS OFRECIDOS</b>	Bueno=2 Regular = 1 Malo = 0 No aplica : NA
Inserción del DIU	1
Extracción de DIU	1
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	2
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	0
Inyectables mensuales combinados	2
Inyectables trimestrales de progestina	2
Condomes	2
Citología	1
Norplant (implanon)	1
Operación femenina	NA
Operación masculino	NA
Espermicida	0
Contracepción de emergencia	0
Diafragma	0

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que los proveedores en el establecimiento en su mayoría cumplen con ofertar los servicios que le corresponde, sin embargo para el caso del DIU, la citología y Norplant (implanon) solo es regularmente, para el caso de la contracepción de emergencia, diafragma y espermicida no se cuenta con el insumo.

**Tabla N° 03:** Infraestructura del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>INFRAESTRUCTURA</b>	Bueno=2 Regular = 1 Remplazable = 0 No aplica : NA
Privacidad auditiva para consejería	1
Privacidad visual para examen, inserción de DIU	2
Agua segura	2
Luz adecuada (natural o otro) para hacer exámenes	2
Protección contra la lluvia en área de examen	2
Asientos de la sala de espera	1
Rotulo con horario afuera	1
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>	
Condomes	2
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	2
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	0
DIU	2
Inyectables mensuales combinados	2
Inyectables trimestrales de progestina	2
Espermicidas	0
<b>EQUIPOS</b>	
Camilla ginecológica	1
Balanzas de Adulto	2
Aparato para medir la presión	2
Estetoscopio	2
Espéculos	2
Pinza Hemostático /Delgada	1
Pinza de anillo	2
Tijeras	2
Basin para desinfectar/esterilizar	2
Lámpara de cuello de ganso	2
Foco de mano	2
<b>OTROS MATERIALES</b>	
Guantes (desechables o reutilizables)	2



Solución desinfectante (Clorina)	1
Escobillón/Q-tips	1
Gasa	2
Baja lengua	1
Portaobjeto (Lamina)	2
Laca o fijador	2
Masking tape	2
Jabón	1
Lápiz o pluma	2
Tarjeta de citar	2
Jeringas Syringes (All Injectables)	2
Agujas	2
Torniquete	0
Alcohol	2
Expediente clínica	2
<b>INFORMACION EDUCATIVA</b>	
GUIAS CLINICAS PARA SERVICIOS REQUISITOS	2
Inserción del DIU	0
Extracción de DIU IUD Removal	0
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	2
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	0
Inyectables mensuales combinados	2
Inyectables trimestrales de progestina	2
Condomes	2
Citología	2
Métodos naturales	2
<b>LITERATURA PARA DAR A CLIENTES:</b>	
DIU	0
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	2
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	0
Inyectables mensuales combinados	2
Inyectables trimestrales de progestina	2
Condomes	2
Citología	2

Métodos naturales	2
-------------------	---

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el establecimiento de salud según infraestructura, anticonceptivos, equipos y otros materiales en su mayoría cumplen sin embargo en infraestructura la privacidad auditiva para consejería es regular por tanto deben evaluarse los espacios con que cuentan para asegura la privacidad que es un derecho del usuario. Así también los asientos en sala de espera se encuentran en condición de regular lo que demandan reparación. Con respecto a los anticonceptivos no cuentan con insumos de anticonceptivos mini orales ni espermicidas lo que refleja un desabastecimiento. Con respecto a equipamiento falta reparar o dar mantenimiento a camilla ginecológica y pinza hemostático. En relación a otros materiales necesitan implementar solución desinfectante, escobillón/Q-tips, baja lengua, jabón y torniquete.

También observamos en relación a información educativa que no cuentan con rotafolios o laminas en relación a los MAC, DIU indicando la inserción y remoción, anticonceptivos mini orales e igualmente existe deficiente información para el cliente en los métodos DIU y anticonceptivos mini orales. Es importante resaltar que este material facilita el proceso de atención para brindar los 5 pasos de la consejería que son: establecer relación cordial con la/el usuario, identificar necesidades de la/el usuario, responder a las necesidades de la/el usuario, verificar entendimiento de la/el usuario y mantener relación cordial la/el usuario.

**Tabla N° 04:** Datos del Personal del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>PERSONAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Número de clientes que recibieron servicios hoy: (Promedio/ día)	20	100
<b>CERTIFICADO PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:</b>		
Consejería de planificación familiar	4	100
Inserción de DIU	0	0
Remoción de DIU	0	0
Anticonceptivos orales	4	100
Condomes	4	100
Anticonceptivos inyectables	4	100
Citología	4	100
<b>CAPACITACION</b>		
Colegio profesional	0	0
Médico General	0	0
Obstetra	4	100
Gineco-obstetra	0	0
Especialidad	0	0
Residentado	0	0

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el establecimiento cuenta con profesionales certificados para el servicio de Planificación Familiar, quienes atienden un promedio de 20 usuarios diarios y todos ofrecen consejería en planificación familiar y ofertan los servicios de anticonceptivos orales, condones, anticonceptivos inyectables y citología pero no ofrecen el DIU, y todos fueron capacitados por obstetras durante su formación o durante el ejercicio de la profesión.

**Tabla N° 05:** Datos de Consejería del Personal del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>CONSEJERIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>TAREA/ ACTIVIDAD</b>		
Saluda y presenta amble y respetuosamente.	5	100
Asegura ambiente de privacidad.	5	100
Informa a la mujer que la información será confidencial.	0	0
Pregunta sobre deseo de tener más hijos/as.	0	0
Pregunta sobre cuándo desea tenerlos.	0	0
Pregunta sobre violencia doméstica y, si existe, refiere a persona o lugar especializado.	3	60
Pregunta si esta es la primer vez que consulta por planificación familiar (SI RESPONDE "NO", PASA AL VERDE)	0	0
ANOTA SI ES LA PRIMERA VISITA PARA PF	5	100
<b>BRINDA INFORMACION SOBRE TODOS LOS METODOS DISPONIBLES.</b>	5	100
Orales combinados	0	0
Orales solo de progestina	0	0
T de Cobre (DIU)	0	0
Métodos Naturales	4	80
Lactancia Exclusiva	5	100
Condón	5	100
Espemicida	0	0
Inyectables	1	20
Operación Femenina	0	0
Operación Masculina	0	0
<b>(PASA AL AZUL)</b>		
Pregunta sobre uso anterior de algún método (SI RESPONDE "NO", PASA AL AZUL)	5	100
Pregunta sobre problemas anteriores con ese método.	5	100
Explica cuales métodos protegen de las ETSs y SIDA.	5	100
Explica cuales métodos no deberían usar las mujeres en riesgo de ETS y SIDA.	5	100
No da más información ni refuerza creencias.	4	80
No demanda permiso del esposo (si no es requisito de la norma)	5	100
<b>PREGUNTA QUE SERVICIO DESEA RECIBIR EN ESTA VISITA. (ANOTA TODOS LOS QUE APLICAN) INTERVIENE SI NO PREGUNTA</b>		

Inserción del DIU	<b>0</b>	<b>0</b>
Extracción de DIU	<b>0</b>	<b>0</b>
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	5	100
Inyectables mensuales combinados o trimestrales de progestina	5	100
Condomes	5	100
Citología	<b>2</b>	<b>40</b>
Espermicida	<b>0</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal en la consejería de planificación familiar brinda más del 50% de la información necesaria, sin embargo existe deficiencia en relación a si pregunta sobre violencia 60%, sobre información de los métodos naturales 80%, sobre inyectables 20%, no da más información ni refuerza creencias 80%, no indaga que servicio desea recibir en citología 40%. También existe deficiencia de informar a la mujer que la información es confidencial, deseo de tener más hijos, cuando desea tenerlos, en indagar si es la primera vez que consulta, en brindar información de métodos orales de sólo de progestina, DIU, espermicida, operación femenina y masculina. Además debe indagar si desea recibir el servicio de inserción del DIU, extracción de DIU y espermicida.

**Tabla N° 06:** Datos de Anticonceptivos Orales del Establecimiento de salud,  
Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>CONSEJERIA</b>		
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.	5	100
Asegura que las mujeres están en grupo de edad (entre 15 y 49 años).	5	100
<b>ASEGURA QUE MUJER NO TIENE LAS CONTRAINDICACIONES SIGUIENTES:</b>		
Mujer que esté infectada por VIH/SIDA	0	0
Mujer mayor de 35 años.	5	100
Hipertensión arterial.	1	20
Cardiopatía.	1	20
Diabetes.	3	60
Embarazo.	3	60
Epilepsia.	0	0
Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colelitiasis).	0	0
Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias).	0	0
Várices (Grado 3).	0	0
Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibrosis quística)	2	40
Fibromatosis uterina.	0	0
Lactancia materna durante el primer año de vida del niño	4	80
Mujer fumadora.	3	60
Interrelación con otros medicamentos.	3	60
<b>TAREA</b>		
Toma de peso.	2	40
Evaluación de presión arterial.	2	40
Presencia de varices grado III.	0	0
Explica empieza la píldora al quinto día del ciclo de menstruación.	5	100
Explica inicia las píldoras próximas al séptimo día de haber tomado la última dosis del ciclo anterior, independiente si hay o no sangrado.	5	100
Suministra píldoras si día correcto; si no haga cita.	5	100
<b>CONSEJERIA POST-ACTIVIDAD</b>		
<b>REFIERE QUE EN CASO OLVIDO DOSIS PROCEDERA' ASI' :</b>		
Si se olvida un día: tomar una tableta tan pronto se acuerde y otra a la hora habitual.	5	100
Si se olvida 2 días: tomar dos tabletas diarias los siguientes dos días y usar un anticonceptivo de respaldo hasta que se presente un nuevo	5	100

sangrado menstrual.		
Si se olvida 3 o más días: tomar dos pastillas diarias los tres días siguientes, utilizar un método de respaldo hasta que se presente un nuevo sangrado menstrual.	5	100
<b>REFIERE LOS EFECTOS NO DESEADOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR.</b>		
Trastornos menstruales.	5	100
Cloasma (manchas en la cara).	0	0
Cefalea o mareos frecuentes.	5	100
Náuseas	3	60
Mastodinia (dolor en las mamas) persistente por tres meses	1	20
Trastornos emocionales, depresiones y otros.	0	0
Aumento de peso.	0	0
Aparición de várices.	0	0
Problemas con su pareja por el uso del método.	5	100
<b>TERMINACION</b>		
Registra las atenciones en el HIS MIS	5	100
Llena la ficha de la usuaria	5	100
Se despide amablemente.	5	100

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal de salud en la recolección de datos de Anticonceptivos Orales del programa planificación familiar tiene deficiencias en tomar las contraindicaciones para el uso del método, casi en un 100%, resaltando que sólo indaga sobre la edad, el cáncer ginecológico, la lactancia, el consumo de cigarrillos y de interrelación con otros medicamentos, dejando de lado las complicaciones de enfermedad. En relación a las tareas aun es deficiente en tomar el peso, la presión arterial y considerar determinar varices grado III. En un 100% cumple con la consejería post actividad para el caso de olvido de la toma de la píldora y en relación a los efectos no deseados que se pueden presentar no informa sobre el cloasma, mastodinia, trastornos emocionales o depresión, aumento

de peso y aparición de várices. En relación a la terminación cumple con los criterios en un 100%.

**Tabla N° 07:** Datos en consejería de inyectables del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

INYECTABLES	N°	%
<b>CONSEJERIA PRE-ACTIVIDAD</b>		
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.	5	100
Asegura que las mujeres están en grupo de edad exacto (entre 15 y 49 años).	5	100
<b>ASEGURA QUE MUJER NO TIENE LAS CONTRAINDICACIONES SIGUIENTES:</b>		
Mujer que esté infectada por VIH/SIDA	0	0
Mujer mayor de 49 años.	5	100
Hipertensión arterial.	3	60
Cardiopatía.	0	0
Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colestasis).	0	0
Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias).	0	0
Lactancia materna durante el primer año de vida del niño	4	80
Epilepsia.	1	20
Várices (Grado 3).	0	0
Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibroquística)	0	0
Fibromatosis uterina	0	0
Diabetes.	2	40
Embarazo	4	80
Mujer Fumadora	0	0
Interrelación con otros medicamentos.	0	0
<b>TAREA</b>		
Toma de peso	1	20
Evaluación de presión arterial.	0	0
Presencia de varices grado III.	0	0
Explica iniciar la primera inyección el quinto día del ciclo menstrual (el primer día de sangrado es el primer día del ciclo).	5	100
Limpia sitio para inyectar con alcohol y suministre inyección si es día correcto, si no dar cita	5	100



<b>CONSEJERIA POST-ACTIVIDAD</b>		
Siguiente dosis mes o tres meses exactos después de la dosis anterior.	5	100
<b>REFIERE QUE EN CASO OLVIDO DOSIS PROCEDERA' ASI':</b>	5	100
<b>REFIERE LOS EFECTOS NO DESEADOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR</b>		
Cloasma (manchas en la cara)	0	0
Cefalea intensa o mareos frecuentes.	5	100
Náuseas.	5	100
Mastodinia (dolor en las mamas) persistente por tres meses.	1	20

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal de salud en la recolección de datos en consejería de inyectables del programa planificación familiar cumple con la consejería pre-actividad en 100%. En relación si asegura que la mujer no tiene las contraindicaciones para el uso del método existe deficiencia en: mujer que esté infectada por VIH/SIDA, Cardiopatía, Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colelitiasis), Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias), Epilepsia, Várices (Grado 3), Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibroquística), Fibromatosis uterina, Diabetes, Mujer Fumadora, Interrelación con otros medicamentos. En relación a la tarea no se cumple con: tomar el peso, evaluación de presión arterial y evaluar la presencia de varices grado III. En el ítem refiere que en caso olvido de dosis como procederá todo cumplen. Sin embargo en lo referente a los efectos no deseados que se pueden presentar debe mejorar en informar sobre el cloasma y mastodinia.

**Tabla N° 08:** Datos de procedimiento de uso de condón del Establecimiento de Salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

CONDONES	N°	%
<b>PROCEDIMIENTOS</b>		
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.	4	80
Explica cómo poner y usar correctamente	0	0
Explica que hay que usar un nuevo condón para cada contacto sexual	2	40
Doble función del método para prevención de embarazos y de ETS y SIDA.	5	100
Refiere que este método se puede usar en combinación con cualquier otro método anticonceptivo (excluyendo diafragma).	1	20
Suministra 30 condones cada 3 meses o más según las necesidades de la pareja	5	100
Registra las atenciones en el HIS MIS	5	100
Llena la ficha de la usuaria.	5	100
Se despide amablemente.	5	100

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal de salud en datos de procedimiento de uso de condón del programa planificación familiar cumple en más del 50% de lo considerado, sin embargo tienen deficiencia en: explicar cómo poner y usar correctamente, explicar que hay que usar un nuevo condón para cada contacto sexual y referir que este método se puede usar en combinación con cualquier otro método anticonceptivo (excluyendo diafragma).

**Tabla N° 09:** Datos de citología PAP - IVAA del Establecimiento de Salud,  
Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

LA CITOLOGIA	N°	%
<b>CONSEJERIA SOBRE LA CITOLOGIA</b>		
Asegura a la paciente la privacidad necesaria, la puerta del consultorio está cerrada	5	100
Obtiene la información general y llena los formatos para la toma de la citología.	5	100
Proporciona información a la paciente sobre el tiempo que puede tardar el resultado de la citología y la importancia de que regrese por éste.	0	0
Conversa sobre las necesidades, preocupaciones y temores de la paciente en forma concienzuda y amable.	0	0
Obtiene consentimiento de la usuaria para la toma de la citología.	0	0
<b>COMPLETA ADECUADAMENTE LA HISTORIA CLINICA SOLICITADA EN LA BOLETA DE SOLICITUDE DE CITOLOGIA VAGINAL.</b>		
Pregunta sobre fecha de ultima menstruación	5	100
Pregunta sobre número de embarazos.	5	100
Pregunta sobre fecha del último embarazo	1	20
Pregunta sobre resultado del ultimo embarazo	1	20
Pregunta sobre fecha y resultado de Citologías anteriores.	5	100
Pregunta sobre historia de ITS.	5	100
Pregunta sobre tratamientos anteriores.	5	100
Chequea que la paciente no esté con su menstruación o regla	5	100
Chequea que la paciente no haya tenido relaciones sexuales en los 2-3 días previos a la toma de citología.	5	100
Chequea que la paciente no esté usando cremas, óvulos o duchas vaginales en las últimas 24 horas.	5	100
Asegura que la paciente haya comprendido el procedimiento que se realizará y lo que debe esperar de él.	5	100
<b>PROCEDIMIENTO</b>		
Se lava las manos antes de realizar el examen.	5	100
Cubre adecuadamente a la paciente para el procedimiento, si las circunstancias lo permiten.	5	100
Dispone el instrumental (espéculo, lámina portaobjeto, laca o alcohol, hisopo, baja lengua) en el lugar adecuado cercano a usted.	5	100
Utiliza una fuente de luz adecuada para visualizar el cérvix.	5	100
Inspecciona los genitales externos. Examina los genitales externos.	5	100
Inserta el espéculo vaginal con mucha delicadeza.	5	100
Verifica si hay menstruación (Si hay, no toma la muestra)	5	100
Verifica si hay secreciones vaginales y observa sus características.	5	100
Obtiene muestra de unión escamo columnar con el hisopo/espátula de ayre o baja lengua, humedecido en agua destilada.	5	100
Coloca la muestra en la lámina portaobjeto	5	100

Fija con laca o alcohol disponible.	5	100
Retira el espéculo con delicadeza.	5	100
Ayuda a la paciente a levantarse e indica que se puede vestir.	5	100
Completa los datos para la solicitud de la citología.	5	100
Contesta las preguntas de la paciente.	5	100
<b>MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (PREVENCION DE INFECCIONES)</b>		
Se lava las manos con agua y jabón.	0	0
Coloca el espéculo en el recipiente de plástico con una solución de cloro durante 10 minutos para descontaminarlo.	0	0
Elimina materiales desechables según guía	0	0
<b>TERMINACCION</b>		
Completa el registro y la historia clínica de la paciente.	5	100
Proporciona instrucciones con respecto a la visita de seguimiento.	5	100
Se despide amablemente	5	100

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal de salud según datos de citología PAP - IVAA del programa planificación familiar, en relación a la consejería sobre la citología es deficiente con: proporcionar información a la paciente sobre el tiempo que puede tardar el resultado de la citología y la importancia de que regrese por éste, conversa sobre las necesidades, preocupaciones y temores de la paciente en forma concienzuda y amable, no obtiene consentimiento de la usuaria para la toma de la citología. En relación al ítem completa adecuadamente la historia clínica solicitada en la boleta de solicitud de citología vaginal, es deficiente en: preguntar sobre fecha del último embarazo y sobre el resultado del último embarazo. Así mismo en relación al procedimiento cumple al 100% con todos los pasos. Sin embargo en el ítem tareas de prevención de infecciones es deficiente afectando la bioseguridad por la carencia de servicio de agua y materiales, colocando en

riesgo de contaminación al usuario y así mismo. En el ítem terminación cumple con el 100% de los pasos en relación al registro de datos.

**Tabla N° 10:** Identificación y priorización de problemas del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

PROBLEMA	CRITERIO					TOTAL
	Magnitud	Tendencia	Riesgo	Capacidad de Intervención	Interés de Población	
No se cuenta con insumos como AC mini orales, espermicida, contracepción de emergencia y diafragma	5	5	5	8	5	28
En consejería previa al MAC no informa sobre todos los MAC y las condiciones de embarazo y cuando puede embarazarse. Así mismo sobre AQV y no se oferta DIU	5	5	5	8	5	28
Carece de algunos equipos y materiales para la atención	4	3	3	5	4	19
Personal no cuentan con certificación actual para la colocación del DIU y la certificación que obtuvieron fue por la Universidad en su formación	4	4	4	4	4	20
En la atención para el uso de MAC no indaga sobre complicaciones, no se considera las tareas peso, P/A y varices	3	4	3	4	4	18
En uso del condón no se informa como colocarlo, usar nuevo condón para cada contacto y que se puede combinar con otro MAC menos diafragma	3	4	3	4	4	18
En la citología no se informa sobre el tiempo del resultado, la importancia de recibirlo y no se solicita el consentimiento	3	4	3	4	4	18

No se cumple las medidas de bioseguridad la citología	5	5	5	7	5	27
-------------------------------------------------------	---	---	---	---	---	----

**Fuente:** Datos propios de la Investigación

Observamos que el personal de salud según la priorización de problemas del programa planificación familiar, siguiendo los criterios de priorización, priorizó los problemas siguientes: 1. No se cuenta con insumos como anticoncepción mini oral, espermicida, contracepción de emergencia y diafragma; 2. En consejería previa al MAC no informa sobre todos los MAC y las condiciones de embarazo y cuando puede embarazarse. Así mismo sobre AQV y no se oferta DIU; 3. No se cumple las medidas de bioseguridad en la citología; 4. Personal no cuentan con certificación actual para la colocación del DIU y la certificación que obtuvieron para la atención en PF fue por la Universidad en su periodo de formación.

**Tabla N° 11:** Matriz de Problematicación del Establecimiento de salud, Programa de Planificación Familiar – Centro de Salud Morales, año 2016.

<b>Problema</b>	<b>Consecuencias</b>	<b>Causas</b>	<b>Alternativas de Solución</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
No se cuenta con insumos como AC mini orales, espermicida, contracepción de emergencia y diafragma	Población insatisfecha	Mala planificación de las adquisiciones	Planificación oportuna y anticipada de MAC	DIRESA SM	Plan de insumos Documentos tramitados	3 meses
En consejería previa al MAC no informa sobre todos los MAC y las condiciones de embarazo y cuando puede embarazarse. Así mismo sobre AQV y no se oferta DIU	Toma de decisiones inadecuadas Embarazos no deseados o no planificados Población insatisfecha	Escasa importancia No cumplimiento de la norma Tiempo de atención reducido	Implementar paquetes informativos en diferentes escenarios (EESS, Colegios, Población en general)	Personal del EESS	Obstetras calificados	Inmediato
No se cumple las medidas de bioseguridad para la citología	Afección total de la salud Contagio viral Epidemia	Falta de tiempo Falta de insumos para bioseguridad Deficiente capacitación e importancia a la bioseguridad	Proveer de insumos de bioseguridad Capacitar al personal	Jefes de las áreas	Planificar requerimiento Plan de capacitación en servicio	Corto plazo
Personal no cuentan con certificación actual para la colocación del DIU y la certificación que obtuvieron para la atención en PF fue por la Universidad en su etapa de formación	Inadecuada proceso de atención en planificación familiar con consecuencias negativas en la usuaria	Universidades no priorizan especialidad en PF Entidad empleadora no planifica el fortalecimiento de capacidades de su proveedores en articulación con el colegio profesional	Promover los programas de especialidad en PF Capacitar permanentemente al personal de salud Evaluar el cambio en los procesos de atención del personal	Jefe del establecimiento Personal que brinda la atención	Programa de especialidad en PF	3 meses

Observamos los problemas priorizados y su análisis realizado por los proveedores del servicio de Obstetricia en relación al programa de Planificación Familiar, a través del instrumento matriz de problematización, donde se observa problemas relacionados con el abastecimiento y dotación de insumos de planificación familiar, la falta de educación e información en el programa, la falta de certificación y capacitación del profesional y la deficiente bioseguridad en la que realizan los proveedores las acciones del Programa donde expresan sus consecuencias y causas, además de proponer alternativas de solución.



## **V. DISCUSION:**

La planificación familiar, a pesar de ser una de las intervenciones más costo-eficaces, menos caras y con efectos sanitarios más duraderos, no se le considera una estrategia esencial para mejorar la salud. Si bien no existe tanta disponibilidad de servicios de planificación familiar en las regiones de los países menos desarrollados, por una variedad de razones culturales, financieras y sociales, los pobres tienen mayor dificultad en obtener dichos servicios. Considerando que la mitad de la población mundial vive actualmente en zonas urbanas, debería considerarse como alta prioridad mejorar el acceso de los pobres a la planificación familiar en dichas zonas.

Muchas mujeres acaban con más hijos de los que dicen que pensaban tener y, si bien la mayoría de las mujeres disfrutan de acceso a métodos anticonceptivos, tanto en términos financieros como físicos es menor el acceso de las pobres a servicios reproductivos de alta calidad y a una variedad costeable de métodos anticonceptivos que satisfagan sus necesidades. El crecimiento en zonas urbanas continúa, por lo que no debe subestimarse la importancia de permitir acceso equitativo a métodos anticonceptivos, para reducir el número de nacimientos no planeados ni deseados. Se trata de una de las inversiones más sensatas y costo eficaces.

Las mujeres pobres que desean posponer el embarazo o dejar de tener hijos, pero no están usando un método anticonceptivo moderno, tienen una “necesidad insatisfecha de planificación familiar” especialmente alta

En general, las mujeres que son madres antes de cumplir los 20 años tienen el doble de probabilidades de morir de causas relacionadas con el embarazo que las mujeres de mayor edad. La planificación familiar puede evitar estas muertes, al permitir que las mujeres jóvenes con vida sexual retrasen su primer embarazo hasta que tengan mayor edad y estén más desarrolladas física y emocionalmente. Lamentablemente el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres con vida sexual, ya sean casadas o solteras, es muy bajo en la mayoría de los países del África subsahariana

El uso de planificación familiar puede evitar las muertes al permitir que las jóvenes eviten los embarazos prematuros, los no deseados y los que están demasiado cerca del embarazo anterior. La importancia de la planificación familiar para reducir la transmisión materno infantil del VIH no ha recibido suficiente atención. Si bien es esencial que todas las mujeres que utilizan dicha terapia tengan acceso a planificación familiar, más de medio millón adicional de embarazos no deseados en mujeres seropositivas podrían prevenirse anualmente si todas las mujeres en la región que no desean quedar embarazadas tuvieran acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Existe casi el consenso universal entre los gobiernos de que todo niño tiene derecho a ser querido, y que las mujeres y las parejas tienen derecho a decidir libremente el número de hijos que desean tener. En la mayor parte de las sociedades las mujeres pobres son quienes tienen menor probabilidad de ejercer su derecho a utilizar métodos

anticonceptivos, en parte porque son las que menos pueden pagar por servicios de planificación familiar. Hasta que las mujeres pobres tengan la misma capacidad para ejercer ese derecho que las más ricas, la proporción de personas que viven en pobreza continuará ascendiendo y la disparidad de ingreso entre los ricos y los pobres será cada vez mayor

En la tabla N° 01, se muestra que según su nivel y categoría cumple en su mayoría con los requisitos de servicios que debe ofertar, sin embargo no se cuenta con contracepción de emergencia que es un insumo gratuito en los servicios de salud según exigencia legal del país. La tabla N° 02 Observamos que los proveedores en el establecimiento en su mayoría cumplen con ofertar los servicios que le corresponde, sin embargo para el caso del DIU, la citología y Norplant (implanon) solo es regularmente, para el caso de la contracepción de emergencia, diafragma y espermicida no se cuenta con el insumo. Por otro lado la tabla N° 03, según infraestructura, anticonceptivos, equipos y otros materiales en su mayoría cumplen sin embargo en infraestructura la privacidad auditiva para consejería es regular por tanto deben evaluarse los espacios con que cuentan para asegurar la privacidad que es un derecho del usuario. Así también mismo los asientos en sala de espera se encuentran en condición de regular lo que demandan reparación. Con respecto a los anticonceptivos no cuentan con insumos de anticonceptivos mini orales, ni espermicidas lo que refleja un desabastecimiento. Con respecto a equipamiento falta reparar o dar mantenimiento a camilla ginecológica y pinza hemostático. En relación a

otros materiales necesitan implementar solución desinfectante, escobillón/Q-tips, baja lengua, jabón y torniquete. También observamos en relación a información educativa que no cuentan con rotafolios o laminas en relación a los MAC DIU donde ser la inserción y remoción, sobre los anticonceptivos mini orales e igualmente falta información para el cliente en los métodos DIU y anticonceptivos mini orales.

Resultados que se relacionan con Silva T. (2013), quien encontró que los centros visitados muestran un gran avance en sus bienes físicos, pero se debe considerar una mayor inversión en mejorar la calidad de la atención especialmente en consejería en anticoncepción. También se relaciona con Alkema L, Kantorova V , Menozzi C , Biddlecom A. (2015), concluye que las tendencias en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar y el crecimiento proyectado en el número de potenciales usuarios de anticonceptivos indican que el aumento de la inversión es necesaria para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos. Así mismo se relaciona con Zapata I, Gutiérrez A. (2012) Con relación a las fuentes de suministro de métodos de PF se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes ya que cerca del 49%, cuya distribución de insumos implica distorsiones en el mercado nacional de anticonceptivos e inequidad. A su vez se relaciona con Sánchez L. (2015), quien encontró que los indicadores y estándares de ministerio de salud pública se encuentra con deficiencias lo que se pone en evidencia la falta de calidad de gestión en adquisición de anticonceptivos y el poco

empoderamiento de los profesionales en la aplicación del llenado de formularios de salud sexual realizando así una mala calidad de abordaje a la usuaria en la consulta de planificación familiar. Igualmente se relaciona con Chávez S. Ferrando D. (2010), encontró que La escasez de recursos económicos, la dificultad derivada del limitado número de personal y la sobrecarga de trabajo están afectando seriamente el desarrollo de los programas e intervenciones en salud. También se relaciona con Alejandro T, Terukina R. (2011), encontró que el consultorio de planificación familiar cumple con el 88.8% de las características deseadas para un buen funcionamiento. El 100% de las observaciones en el área de espera no existe un lugar específico para la acogida de los niños. No se brinda una atención completa del servicio de planificación familiar. Así mismo se relaciona con Ríos L, Vásquez M. (2012), encontró que con respecto a la obtención de los anticonceptivos solicitados se evidenció un 3,4% no obtuvieron dichos anticonceptivos.

Por lo mencionado podemos establecer que el problema de la organización, infraestructura, suministro y disponibilidad de insumos del programa de Planificación Familiar existe y es inherente a la realidad de cada establecimiento de salud, por tanto es un problema que debe solucionarse al corto plazo y demanda que las condiciones de la atención mejoren ya que contribuye a reducir varios problemas sociales. Siendo importante resaltar que la condición de educación e información es la más afectada por que no cuenta con material informativo en el establecimiento ni para entregar al usuario, hechos que perjudican en el entendimiento y comprensión del buen

uso del método anticonceptivo, en el compartir la información con la pareja y determinar los signos de alarma y peligro de la falla del método.

La tabla N° 04, nos muestra que el establecimiento cuenta con profesionales certificados para el servicio de Planificación Familiar, quienes atienden un promedio de 20 usuarios diarios y todos ofrecen consejería en planificación familiar y ofertan los servicios de anticonceptivos orales, condones, anticonceptivos inyectables y citología pero no ofrecen el DIU, y todos fueron capacitados como obstetras durante su formación o durante el ejercicio de la profesión. También la tabla N° 05, observamos que el personal en la consejería de planificación familiar brinda más del 50% de la información necesaria, sin embargo existe deficiencia en relación a si pregunta sobre violencia 60%, sobre información de los métodos naturales 80%, sobre inyectables 20%, no da más información ni refuerza creencias 80%, no indaga que servicio desea recibir en citología 40%. También carecen de informar a la mujer que la información es confidencial, deseo de tener más hijos, cuando desea tenerlos, no indaga si es la primera vez que consulta, no brinda información de métodos orales sólo de progestina, DIU, espermicida, operación femenina y masculina. Además no pregunta sobre qué servicio desea recibir en inserción del DIU, extracción de DIU y espermicida. En la tabla N° 06, evidenciamos que el personal de salud en la recolección de datos de Anticonceptivos Orales del programa planificación familiar no toma las contraindicaciones para el uso del método, casi en un 100%, resaltando que sólo indaga sobre la edad, el cáncer ginecológico, la lactancia, el consumo de cigarrillos y de interrelación con otros medicamentos, dejando

de lado las complicaciones de enfermedad. En relación a las tareas no se cumple óptimamente si tomar el peso, la presión arterial y considerar determinar varices grado III. En un 100% cumple con la consejería post actividad para el caso de olvido de la toma de la píldora y en relación a los efectos no deseados que se pueden presentar no informa sobre el cloasma, mastodinia, trastornos emocionales o depresión, aumento de peso y aparición de várices. En relación a la terminación cumple con los criterios en un 100%. La tabla N° 07, Observamos que el personal de salud en la recolección datos en consejería de inyectables del programa planificación familiar cumple con la consejería pre-actividad en 100%. En relación si asegura que la mujer no tiene las contraindicaciones para el uso del método existe deficiencia en: mujer que esté infectada por VIH/SIDA, Cardiopatía, Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colelitiasis), Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias), Epilepsia, Várices (Grado 3), Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibroquística), Fibromatosis uterina, Diabetes, Mujer Fumadora, Interrelación con otros medicamentos. En relación a la tarea no se cumple con: tomar el peso, evaluación de presión arterial y evaluar la presencia de varices grado III. En el ítem refiere que en caso olvido de dosis como procederá todo cumplen. Sin embargo en lo referente a los efectos no deseados que se pueden presentar no se cumple con informar sobre el cloasma y mastodinia. Así mismo la tabla N° 08, nos muestra que el personal de salud en datos de procedimiento de uso de condón del programa planificación familiar cumple en más del 50% de lo considerado, sin embargo tienen deficiencia en: explicar cómo poner y usar correctamente, explicar que hay que usar un

nuevo condón para cada contacto sexual y referir que este método se puede usar en combinación con cualquier otro método anticonceptivo (excluyendo diafragma).

Resultados que se relacionan con Silva T. (2013) quien concluye que los centros visitados deben considerar una mayor inversión en mejorar la calidad de la atención especialmente en consejería en anticoncepción y en prevención de infecciones por procedimientos. También se relaciona con Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. (2015), quienes concluyen que las tendencias en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar y el crecimiento proyectado en el número de potenciales usuarios de anticonceptivos indican que el aumento de la inversión es necesaria para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y mejorar la salud reproductiva en todo el mundo. Así mismo se relaciona con Hong R, Montana L, Mishra V. (2010), quienes encontraron que el uso del DIU entre las mujeres que obtuvieron su método de fuentes públicas fue significativamente asociado positivamente con la calidad de los servicios de planificación familiar ( $RRR = 1,36$ ,  $p < 0,01$ ), independiente de la distancia a la instalación, el tipo de establecimiento, edad, número de hijos vivos, nivel de educación, riqueza de los hogares, y la residencia. A su vez se relaciona con Zapata I, Gutiérrez A. (2012), encontró que el conocimiento de al menos un método de PF es de un 95%, los más conocidos fueron en su orden: las pastillas con 84% seguido de condón 75% y dispositivo intrauterino con un 71%; La demanda actual de métodos de PF en el IHSS es de 63.3 %; Los no usuarios de los servicios de PF representa un 36 %, el



66% de estos expresaron su intención de hacerlo y constituyen el 21% del total de los encuestados; De las mujeres que se encontraban en las salas Post Evento Obstétrico (PEO): el 88 % expresó que si desearían utilizar un método de PF En relación a su intención de utilizar un método de PF, los principales métodos de elección fueron en su orden decreciente: DIU 38.6%, AQV femenina 23%, pastillas 16% e inyección u condones 9.1 % respectivamente, y de éstas el 75% refirió que desea obtenerlo después del alta. Igualmente se relaciona con Sánchez L. (2015), encontró que el embarazo no deseado o no planificado es un problema presente en la vida de las mujeres y las adolescentes que el VIH. De allí que el conocimiento y el uso del condón, en ambos grupos de mujeres, esté más vinculado a su efecto anticonceptivo que a sus atributos como profiláctico. También se relaciona con Ríos L, Vásquez M. (2012), quienes encontraron que el 50.6% de los entrevistados manifestaron que no fueron examinados, resolvieron sus dudas fue de 94,3%, y respecto a la explicación de lo que se le solicita en el servicio de parte del paciente también el porcentaje es mayor con un 98.9%. Respecto al trato del personal se evidencia un porcentaje de 98,9% mediante un respeto y discreción hacia el paciente, la privacidad del usuario con un 97.7%.

Por lo mencionado podemos establecer que la atención en los servicios de planificación familiar tienen dificultades en la provisión, tiempo de espera, evaluación de las complicaciones especialmente las enfermedades que puedan presentarse y el cumplimiento de tareas vinculadas a control el peso, la presión arterial y las varices. Por lo tanto esto es reflejo de la falta de

certificación periódica del personal y del acceso a las especialidades que demanden un mayor interés del proveedor por fortalecer sus competencias.

En la tabla N° 09, observamos que el personal de salud según datos de citología PAP - IVAA del programa planificación familiar, en relación a la consejería sobre la citología no cumple con: proporcionar información a la paciente sobre el tiempo que puede tardar el resultado de la citología y la importancia de que regrese por éste, conversa sobre las necesidades, preocupaciones y temores de la paciente en forma concienzuda y amable, obtiene consentimiento de la usuaria para la toma de la citología. En relación al ítem completa adecuadamente la historia clínica solicitada en la boleta de solicitud de citología vaginal, no cumple en: preguntar sobre fecha del último embarazo y sobre el resultado del último embarazo. Así mismo en relación al procedimiento cumple al 100% con todos los pasos. Sin embargo en el ítem tareas de prevención de infecciones no cumple ningún paso lo que afecta la bioseguridad, colocando en riesgo de contaminación al usuario y así mismo. En el ítem terminación cumple con el 100% de los pasos en relación al registro de datos.

Resultados que se relacionan con Silva T. (2013) quien encontró que existe una mala tendencia de lavado de manos cuando se realizan procedimientos como la prueba de Papanicolaou.

Por lo mencionado podemos determinar que los procedimientos PAP e IVAA en los servicios de planificación familiar demandan un control de calidad y

fortalecimiento especialmente de las medidas de bioseguridad, ya que no se cumple con todos los requisitos necesarios para evitar la contaminación poniendo en riesgo la salud de la usuaria y del propio proveedor, siendo importante que se tomen las acciones inmediatas de implementación con los materiales e insumos necesarios.

La tabla N° 10, nos muestra que el personal de salud según la priorización de problemas del programa planificación familiar, según criterios de priorización priorizó los problemas: 1. No se cuenta con insumos como anticoncepción mini oral, espermicida, contracepción de emergencia y diafragma; 2. En consejería previa al MAC no informa sobre todos los MAC y las condiciones de embarazo y cuando puede embarazarse. Así mismo sobre AQV y no se oferta DIU; 3. No se cumple las medidas de bioseguridad en la citología; 4. Personal no cuentan con certificación actual para la colocación del DIU y la certificación que obtuvieron para la atención en PF fue por la Universidad en su periodo de formación. Así mismo la tabla 11 evidencia el análisis de los problemas priorizados, realizado por los proveedores del servicio en relación al programa de Planificación Familiar, a través del instrumento matriz de problematización, donde se observa problemas relacionados con el abastecimiento y dotación de insumos de planificación familiar, la falta de educación e información en el programa, la falta de certificación y capacitación del profesional y la deficiente bioseguridad en la que realizan los proveedores las acciones del Programa donde expresan sus consecuencias y causas, además de proponer alternativas de solución.

Por lo encontrado podemos deducir que existen problemas gerenciales, administrativos y operativos del programa que deben superarse para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población.

## **VI. CONCLUSIONES:**

1. El programa de planificación familiar (PF) en el C.S. Morales según estado actual del equipo, suministros, infraestructura, procedimientos y habilidades de los prestadores de servicios, cumplen en su mayoría los requisitos de los servicios que debe ofertar, sin embargo existe deficiente privacidad auditiva, los asientos de sala de espera están en mal estado; falta dar mantenimiento a la camilla ginecológica y pinza hemostático; en el caso del DIU, la citología y Norplant (implanon) solo se ofrece parcialmente; los anticonceptivos mini orales, contracepción de emergencia, diafragma y espermicida, carecen del insumo; en relación a otros materiales necesitan implementar con desinfectante, escobillón/Q-tips, baja lengua, jabón y torniquete, también falta información educativa.
2. El programa de PF en el C.S. Morales según el estado de los requerimientos para mejorar las instalaciones y la capacitación para la provisión del servicio, el personal atiende un promedio de 20 usuarios diarios, todos ofrecen consejería en planificación familiar y ofertan los servicios de anticonceptivos orales, condones, anticonceptivos inyectables y citología pero rara vez ofrecen el DIU; todos fueron capacitados por obstetras cuya certificación la obtuvieron de su formación profesional; la infraestructura no cumple con los estándares establecidos por el MINSA, carece de fortalecimiento de competencias en profesionales y recertificarlos.

3. El programa de PF en el C.S. Morales según prestación de los servicios amerita mejorar en: preguntar sobre violencia, informar de los métodos naturales e inyectables, reforzar creencias, indagar que servicio desea recibir en citología, comunicar que la información es confidencial, indagar si desea tener más hijos y cuando tenerlos, asegurar que no es primera consulta, informar de métodos orales de progestina, DIU, espermicida, operación femenina y masculina, fortalecer el servicio en inserción del DIU, extracción de DIU y espermicida, indagar las contraindicaciones de uso del método. En las tareas tomar el peso, la presión arterial y determinar varices grado III. En anticoncepción oral informar sobre el cloasma, mastodinia, trastornos emocionales o depresión, aumento de peso y aparición de várices. En uso del condón explicar cómo ponerlo, usar correctamente, explicar que use nuevo condón para cada contacto sexual y que se puede usar en combinación con cualquier otro método excluyendo el diafragma. En el PAP e IVAA debe cumplir con las medidas de bioseguridad.
4. Los problemas identificados y priorizados por el personal en el programa de Planificación Familiar son: No se cuenta con insumos; no se cumple íntegramente con informar sobre los métodos anticonceptivos y sobre el embarazo; no se cumple las medidas de bioseguridad en la citología; personal no fortalece competencias y no cuentan con certificación actual.
5. Los problemas priorizados por el personal según causas y consecuencias son: deficiente planificación de adquisiciones, deficiente cumplimiento de las normas, tiempo reducido de la atención, escasos

materiales e insumos y equipamiento, deficientes capacitaciones que traen como consecuencia población insatisfecha, embarazos no deseados, afección de la salud por falta de bioseguridad.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

1. Al MINSA y directivos de los diferentes establecimientos de salud, mejorar la gestión del programa de planificación familiar para asegurar una adecuada infraestructura, materiales e insumos que aseguren la calidad de atención en los servicios y garantizar el derecho a una vida sexual y reproductiva saludable de las personas.
2. A los profesionales de la salud en especial a los Obstetras, que brindan la atención en planificación familiar, generar instrumentos que aseguren la toma completa de datos importantes antes y después, adquirir cualquier método anticonceptivo en la atención de planificación familiar.
3. A los directivos y jefes de los servicios de planificación familiar realizar monitoreo y seguimiento del cumplimiento de protocolos y guías clínicas de consejería y administración por cada método anticonceptivo para cumplir los estándares de calidad de atención.
4. Al Colegio Nacional y Regional de Obstetras, trabajar articuladamente con las instituciones empleadoras y formadoras para desarrollar programas de recertificación y especialidades en planificación familiar.
5. A los investigadores tomar al estudio como base para el desarrollo de otras investigaciones principalmente de tipo cualitativa que contribuyan a ampliar la información existente para mejorar las condiciones del Programa de Planificación Familiar.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. International Planned Parenthood Federation -IPPF. European Network. Planificación Familiar, Empoderamiento de la Mujer e Igualdad de Género Cuenta Atrás. Europa. 2015. Consulta 14.11.16 8:34 pm.  
<http://www.countdown2015europe.org/why-family-planning/the-unmet-need-for-family-planning/>
2. Trends in Contraception Worldwide. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. 2015.
3. Haywood B, Small M. Approaches to Reduction of Maternal Mortality in Resource-limited Settings (2012): n. pag. Uptodate. Actualizado 22.04.16. Consulta 14.11.16 8:48 pm.  
<http://www.uptodate.com/contents/approaches-to-reduction-of-maternal-mortality-in-resource-limited-settings>
4. INEI. Planificación Familiar. Lima Perú. 2013. Consulta 14.11.16 9:18 pm.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf)
5. MINSA. Análisis de la Situación de Salud – ASIS. Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud (demográficos y socioeconómicos). Proyecto Vigía. Oficina General de Epidemiología. ISBN: 9972-820-35-1 Depósito legal No 150-1142002-0522. Lima Perú 2006. Consulta 05.01.16 6:48 am.

<http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/014.pdf>

6. MINSA. Análisis de la Situación de Salud – ASIS. Guía para el análisis del proceso salud enfermedad (indicadores de morbilidad y mortalidad). Proyecto Vigía. Oficina General de Epidemiología. ISBN: 9972-820-35-1 Depósito legal No 150-1142002-0522. Lima Perú 2006. Consulta 05.01.16 6:48 am.  
[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis01.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis01.pdf)
7. MINSA. Análisis de la Situación de Salud – ASIS. Guía para el análisis de la respuesta social a los problemas de salud (con énfasis en los servicios de salud). Proyecto Vigía. Oficina General de Epidemiología. ISBN: 9972-820-35-1 Depósito legal No 150-1142002-0522. Lima Perú 2006. Consulta 05.01.16 6:48 am.  
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/050408.pdf>
8. Silva T. Análisis situacional de los servicios de planificación familiar en centros de atención primaria y secundaria de salud en la Provincia de Esmeraldas en octubre de 2013. Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Ciencias de la Salud. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención de título de Médico. Quito Ecuador. 2013. Consulta 16.11.16 12.07 pm.  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HgLofJQPQioJ:repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3001+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

9. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. Las tasas nacionales, regionales y globales y las tendencias de la prevalencia de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar entre 1990 y 2015: un análisis sistemático y exhaustivo. Lancet. 2013 11 de mayo; 381 (9878): 1642-1652. doi: 10.1016 / S0140-6736 (12) 62204-1. Epub Enero 2013 12 Mar. EE.UU. 2015. Consulta. 16.11.16. 5:53 pm. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489750>
10. Hong R, Montana L, Mishra V. Family Planning Services Quality as a Determinant of Use of IUD in Egypt. BMC Health Services Research. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. EE.UU. 2006. Consulta 15.11.16 4:12 am <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16792810>.
11. Zapata I, Gutiérrez A. Diagnóstico situacional de las actividades de planificación familiar y estimación de la demanda potencial de los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud Management Sciences for Health. USAID. Honduras. 2012. Consulta 22.11.16 6:46 am. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JBKP.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JBKP.pdf)
12. Sánchez L. Estudio de la calidad de los servicios de planificación familiar en el Centro de Salud del Cantón San Lorenzo de la provincia de Esmeraldas. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud. Previo a la Obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud. Guayaquil Ecuador. 2015. Consulta 22.11.16 8:44 am.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4416/1/T-UCSG-POS-MGSS-65.pdf>

13. Chávez S. Ferrando D. Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opiniones de tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as". MINSA UNFPA. Instituto de Educación y Salud. Lima Perú. 2010. Consulta 22.11.16 6:05 am.  
<http://www.inppares.org/sites/default/files/Condon%20femenino%20y%20masculino.PDF>
14. Alejandro T, Terukina R. Evaluación de la calidad de atención del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Tesis Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima Perú. 2011. Consulta 22.11.16 9:58 am.  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/454/1/Alejandro\\_ot.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/454/1/Alejandro_ot.pdf)
15. Ríos L, Vásquez M. (2012). Percepción de la calidad de la atención en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza: Perspectiva de los usuarios: Lima, enero - febrero 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académica Profesional de Medicina Humana. Tesis para obtener el título de Médico-Cirujano. Consulta 22.11.16 10:20 am.

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/297/Rios\\_II.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/297/Rios_II.pdf?sequence=1)

16. Añez E, Dávila F, Gómez W, Tulia Hernández, Iván Reyes & Juan Talavera Gobierno Bolivariano de Venezuela. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Servicio Autónomo – Institutos de alto rendimiento. ISBN: 978-980-6778-26-9. 2010. Consulta 19.12.16 11:44 pm. [http://www.bvs.gob.ve/libros/manual\\_asis.pdf](http://www.bvs.gob.ve/libros/manual_asis.pdf)
17. MINSA. Planificación Familiar. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. 2016.  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/pf/default.asp> 19.
18. MINSA. NTS N° 124-2016-MINSA-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, que forma parte integrante de la Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA. Consulta 21.12.16 6:08 am.  
[http://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/descargas/NT\\_PLANIF\\_FAM2016.pdf](http://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/descargas/NT_PLANIF_FAM2016.pdf)
19. Aguilar T. Conservar La Disponibilidad De Anticonceptivos En América Latina En Una época De Retiro Progresivo Del Apoyo De Los Donantes. Population Reference Bureau. 2013. Consulta 15.11.16 5:02 am.  
<http://www.prb.org/SpanishContent/2006/ConservarlaDisponibilidaddeAnticonceptivosenAmericaLatina.aspx>.
20. World Health Organization. Promoting the sexual and reproductive health needs and rights of adolescents. WHO/RHR Progress in Reproductive

Health Research. 2002. Consulta 15.11.16 5:03 am. [www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/58/news58.html](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/58/news58.html)

21. Lawrence F, Zolna M. Unintended Pregnancy in the United States: Incidence and Disparities." National Institute of Health. Elsevier 2006. Consulta 15.11.16 5:08 am. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338192/>.

22. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215.pub2. Consulta 15.11.16 5:13 am. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821341>

23. Gay C, Noreen H. Prevention of Sexually Transmitted Infections." Up to Date. 2013. Consulta 15.11.16 5:17 am. [http://www.uptodate.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/contents/prevention-of-sexually-transmitted-infections?detectedLanguage=en&source=search\\_result&translation=Prevention+of+sexually+transmitted+infections&search=Prevention+of+sexually+transmitted+infections&selectedTitle=1%7E150&provider=noProvider](http://www.uptodate.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/contents/prevention-of-sexually-transmitted-infections?detectedLanguage=en&source=search_result&translation=Prevention+of+sexually+transmitted+infections&search=Prevention+of+sexually+transmitted+infections&selectedTitle=1%7E150&provider=noProvider).

24. Kostrzewa, K. The Sexual and Reproductive Health of Young People in Latin America: Evidence from WHO Case Studies 10-16. World Health Organization. Salud pública Méx vol.50 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. Artículo Original. 2008. Consulta 15.11.16 4:19 am.

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000100007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100007)

25. Ventura A, Garbers S. Agreement between Patient-reported and Provider-reported Choice of Contraceptive Method among Family Planning Patients in New York City: Implications for Public Health 533-40. *International Journal of Women's Health*. EE.UU. 2013. Consulta 15.11.16 4:30 am. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770710/>.
26. World Health Organization. Family planning. 2013. Consulta 15.11.16 6:08 am. [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/topics/family_planning/en/).
27. Leontine A, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. Conservar La Disponibilidad De Anticonceptivos En América Latina En Una época De Retiro Progresivo Del Apoyo De Los Donantes. *Population Reference Bureau*. 2013. Consulta 15.11.16 6:15 am. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489750>>.
28. National Consultation of Civil Society Organizations on Family Planning in India." (2012) *India International Centre*. Retrieved Noviembre18, 2013 from [http://www.chsj.org/uploads/1/0/2/1/10215849/cso\\_consultation\\_concept\\_note.pdf](http://www.chsj.org/uploads/1/0/2/1/10215849/cso_consultation_concept_note.pdf).
29. Aguilar T. Conservar La Disponibilidad De Anticonceptivos En América Latina En Una época De Retiro Progresivo Del Apoyo De Los Donantes." *Population Reference Bureau*. 2013. Consulta 15.11.16 6:45 am.

<http://www.prb.org/SpanishContent/2006/ConservarlaDisponibilidaddeAnticonceptivosenAmericaLatina.aspx>.

30. RamaRao S. The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." Population Council. 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14758606>
31. Pierr D, Aparecida L, Clapis M. Family Planning, Family Planning in a Family Health Unit 1162-168. Revista Latino-Americana De Enfermagem. 2010. Consulta 15.11.16 4:45 am. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
32. Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T, Reyes I, Talavera J. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela 2010. Consulta 05.01.17 7:59 am. [http://www.bvs.gob.ve/libros/manual\\_asis.pdf](http://www.bvs.gob.ve/libros/manual_asis.pdf)



## **IX. ANEXOS:**

### **Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos**

**Universidad Nacional de San Martín Tarapoto**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**

**Estudio:** Análisis situacional del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016.

**Presentación:** El estudio tiene por objetivo evaluar el análisis situacional del Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud Morales, Provincia y Región San Martín, año 2016, lo cual nos permitirá conocer del estado actual del equipo, suministros, infraestructura, procedimientos y habilidades de los prestadores de servicios existentes para el Programa de Planificación Familiar, en el Centro de Salud Morales.

**Consideraciones:** La persona designada para recolectar la información deberá tomar la información veraz y precisa del establecimiento, siempre basándose en una fuente de información segura.

**Instrumento de datos del EESS**

<b>NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO:</b>	
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) (Iniciales):</b>	
Fecha de visita:	
Distrito de Establecimiento:	
<b>GENERAL</b>	
<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO (ESCOGE UNO):</b>	
Centro de salud	
Puesto de salud	
<b>CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO (ESCOGE UNO)</b>	
I – 3	
I – 4	
<b>SERVICIOS REQUISITOS DEL SITIO</b>	
Inserción del DIU	
Extracción de DIU o remoción de DIU	

Anticonceptivos orales (Lo-femenal)	
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	
Inyectables mensuales combinados	
Inyectables trimestrales de progestina	
Condomes	
Citología	
Norplant	
Operación femenina	
Operación masculino	
Espermicida	
Contracepción de emergencia	
Diafragma	

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

<b>SERVICIOS OFRECIDOS</b>	
Inserción del DIU	
Extracción de DIU	
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	
Inyectables mensuales combinados	
Inyectables trimestrales de progestina	
Condomes	
Citología	
Norplant	
Operación femenina	
Operación masculino	
Espermicida	
Contracepción de emergencia	
Diafragma	
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	
Privacidad auditiva para consejería	
Privacidad visual para examinación, inserción de DIU	
Agua segura	
Luz adecuada (natural o otro) para hacer examinaciones	
Protección contra la lluvia en área de examinación	

Asientos de la sala espera	
Rotulo con horario afuera	
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>	
Condomes	
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	
DIU	
Inyectables mensuales combinados	
Inyectables trimestrales de progestina	
Espermicidas	
<b>EQUIPOS</b>	
Camilla ginecológica	
Balanzas de Adulto	
Aparato para medir la presión	
Estetoscopio	
Espéculos	
Pinza Hemostático /Delgada	
Pinza de anillo	
Tijeras	
Bacín para desinfectar/esterilizar	
Lámpara de cuello de ganso	
Foco de mano	
<b>OTROS MATERIALES</b>	
Guantes (desechables o reutilizables)	
Solución desinfectante (Clorina)	
Escobillón/Q-tips	
Gaza	
Baja lengua	
Portaobjeto (Lamina)	
Laca o fijador	
Masking tape	
Jabón	
Lápiz o pluma	
Tarjeta de citar	

Jeringas Syringes (All Injectables)	
Agujas	
Torniquete	
Alcohol	
Expediente clínica	
<b>INFORMACION EDUCATIVA</b>	
GUIAS CLINICAS PARA SERVICIOS REQUISITOS	
Inserción del DIU	
Extracción de DIU IUD Removal	
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	
Inyectables mensuales combinados	
Inyectables trimestrales de progestina	
Condomes	
Citología	
Métodos naturales	
<b>LITERATURA PARA DAR A CLIENTES:</b>	
DIU	
Anticonceptivos orales (Lofemenal)	
Anticonceptivos mini orales (Ovrette)	
Inyectables mensuales combinados	
Inyectables trimestrales de progestina	
Condomes	
Citología	
Métodos naturales	

**Legenda: Bueno =2; Regular =1, Reemplazable=0**

### Instrumento de datos del personal

PERSONAL	Proveedor 1:	Proveedor 2:	Proveedor 3:
Nombre (Iniciales)			
Número de clientes que recibieron servicios hoy:			
<b>CERTIFICADO PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:</b>			
Consejería de planificación familiar			
Inserción de DIU			
Remoción de DIU			
Anticonceptivos orales			
Condomes			
Anticonceptivos inyectables			
Citología			
<b>CAPACITACION</b>			
Colegio profesional			
Médico General			
Obstetra			
Gineco-obstetra			
Especialidad			
Residentado			

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

### Instrumento con los datos de consejería del personal a los pacientes

CONSEJERIA	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<b>ID Paciente: (iniciales)</b>					
<b>TAREA/ ACTIVIDAD</b>					
Saluda y presenta amble y respetuosamente.					
Asegura ambiente de privacidad.					
Informa a la mujer que la información será confidencial.					
Pregunta sobre deseo de tener más hijos/as.					
Pregunta sobre cuándo desea tenerlos.					
Pregunta sobre violencia doméstica y, si existe, refiere a persona o lugar especializado.					
Pregunta si esta es la primer vez que consulta por planificación familiar (SI RESPONDE "NO", PASA AL VERDE)					
ANOTA SI ES LA PRIMERA VISITA PARA PF					
<b>BRINDA INFORMACION SOBRE TODOS LOS METODOS DISPONIBLES.</b>					
Orales combinados					
Orales solo de progestina					
T de Cobre (DIU)					
Métodos Naturales					
Lactancia Exclusiva					
Condón					
Espermicida					
Inyectables					
Operación Femenina					
Operación Masculina					
<b>(PASA AL AZUL)</b>					
Pregunta sobre uso anterior de algún método (SI RESPONDE "NO", PASA AL AZUL)					
Pregunta sobre problemas anteriores con ese método.					
Explica cuales métodos protegen de las ETSs y SIDA.					
Explica cuales métodos no deberían usar las mujeres en riesgo de ETS y SIDA.					
No da más información ni refuerza creencias.					
No demanda permiso del esposo (si no es requisito de la norma)					

<b>PREGUNTA QUE SERVICIO DESEA RECIBIR EN ESTA VISITA. (ANOTA TODOS LOS QUE APLICAN) INTERVIENE SI NO PREGUNTA</b>					
Inserción del DIU					
Extracción de DIU					
Anticonceptivos orales (Lofemenal)					
Inyectables mensuales combinados o trimestrales de progestina					
Condomes					
Citología					
Espermicida					

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**



### Instrumento con los datos de anticonceptivos orales

ANTICONCEPTIVOS ORALES	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<b>ID Paciente: (iniciales)</b>					
<b>CONSEJERIA</b>					
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.					
Asegura que las mujeres están en grupo de edad (entre 15 y 49 años).					
<b>ASEGURA QUE MUJER NO TIENE LAS CONTRAINDICACIONES SIGUIENTES:</b>					
Mujer que esté infectada por VIH/SIDA					
Mujer mayor de 35 años.					
Hipertensión arterial.					
Cardiopatía.					
Diabetes.					
Embarazo.					
Epilepsia.					
Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colestasis).					
Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias).					
Várices (Grado 3).					
Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibrosis quística)					
Fibromatosis uterina.					
Lactancia materna durante el primer año de vida del niño					
Mujer fumadora.					
Interrelación con otros medicamentos.					
<b>TAREA</b>					
Toma de peso.					
Evaluación de presión arterial.					
Presencia de varices grado III.					
Explica empieza la píldora al quinto día del ciclo de menstruación.					
Explica inicia las píldoras próximas al séptimo día de haber tomado la última dosis del ciclo anterior, independiente si hay o no sangrado.					
Suministra píldoras si día correcto; si no haga cita.					
<b>CONSEJERIA POST-ACTIVIDAD</b>					
<b>REFIERE QUE EN CASO OLVIDO DOSIS PROCEDERA' ASI' :</b>					
Si se olvida un día: tomar una tableta tan pronto se acuerde y otra a la hora habitual.					

Si se olvida 2 días: tomar dos tabletas diarias los siguientes dos días y usar un anticonceptivo de respaldo hasta que se presente un nuevo sangrado menstrual.					
Si se olvida 3 o más días: tomar dos pastillas diarias los tres días siguientes, utilizar un método de respaldo hasta que se presente un nuevo sangrado menstrual.					
<b>REFIERE LOS EFECTOS NO DESEADOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR.</b>					
Trastornos menstruales.					
Cloasma (manchas en la cara).					
Cefalea o mareos frecuentes.					
Náuseas					
Mastodinia (dolor en las mamas) persistente por tres meses					
Trastornos emocionales, depresiones y otros.					
Aumento de peso.					
Aparición de várices.					
Problemas con su pareja por el uso del método.					
<b>TERMINACION</b>					
Registra las atenciones en el HIS MIS					
Llena la ficha de la usuaria					
Se despide amablemente.					

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

### Instrumento con los datos en consejería de inyectables

INYECTABLES	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<b>ID Cliente: (iniciales)</b>					
<b>CONSEJERIA PRE-ACTIVIDAD</b>					
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.					
Asegura que las mujeres están en grupo de edad exacto (entre 15 y 49 años).					
<b>ASEGURA QUE MUJER NO TIENE LAS CONTRAINDICACIONES SIGUIENTES:</b>					
Mujer que esté infectada por VIH/SIDA					
Mujer mayor de 49 años.					
Hipertensión arterial.					
Cardiopatía.					
Enfermedad hepática (antecedentes de hepatitis o padecimientos de colelitiasis).					
Trastornos de la coagulación (trombosis o embolias).					
Lactancia materna durante el primer año de vida del niño					
Epilepsia.					
Várices (Grado 3).					
Patología mamaria (cáncer, enfermedad fibroquística)					
Fibromatosis uterina					
Diabetes.					
Embarazo					
Mujer Fumadora					
Interrelación con otros medicamentos.					
<b>TAREA</b>					
Toma de peso					
Evaluación de presión arterial.					
Presencia de varices grado III.					
Explica iniciar la primera inyección el quinto día del ciclo menstrual (el primer día de sangrado es el primer día del ciclo).					
Limpia sitio para inyectar con alcohol y suministre inyección si es día correcto, si no dar cita					
<b>CONSEJERIA POST-ACTIVIDAD</b>					
Siguiente dosis mes o tres meses exactos después de la dosis anterior.					

<b>REFIERE QUE EN CASO OLVIDO DOSIS PROCEDERA' ASI':</b>					
<b>REFIERE LOS EFECTOS NO DESEADOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR</b>					
Cloasma (manchas en la cara)					
Cefalea intensa o mareos frecuentes.					
Náuseas.					
Mastodinia (dolor en las mamas) persistente por tres meses.					

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

### Instrumento con los datos de procedimiento de uso de condones

CONDONES	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
ID Cliente: (iniciales)					
<b>PROCEDIMIENTOS</b>					
Asegura condiciones de privacidad para la consulta.					
Explica cómo poner y usar correctamente					
Explica que hay que usar un nuevo condón para cada contacto sexual					
Doble función del método para prevención de embarazos y de ETS y SIDA.					
Refiere que este método se puede usar en combinación con cualquier otro método anticonceptivo (excluyendo diafragma).					
Suministra 30 condones cada 3 meses o más según las necesidades de la pareja					
Registra las atenciones en el HIS MIS					
Llena la ficha de la usuaria.					
Se despide amablemente.					

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

### Instrumento con los datos de citología (PAP – IVAA)

LA CITOLOGIA	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<b>ID Cliente: (iniciales)</b>					
<b>CONSEJERIA SOBRE LA CITOLOGIA</b>					
Asegura a la paciente la privacidad necesaria, la puerta del consultorio está cerrada					
Obtiene la información general y llena los formatos para la toma de la citología.					
Proporciona información a la paciente sobre el tiempo que puede tardar el resultado de la citología y la importancia de que regrese por éste.					
Conversa sobre las necesidades, preocupaciones y temores de la paciente en forma concienzuda y amable.					
Obtiene consentimiento de la usuaria para la toma de la citología.					
<b>COMPLETA ADECUADAMENTE LA HISTORIA CLINICA SOLICITADA EN LA BOLETA DE SOLICITUDE DE CITOLOGIA VAGINAL.</b>					
Pregunta sobre fecha de ultima menstruación					
Pregunta sobre número de embarazos.					
Pregunta sobre fecha del último embarazo					
Pregunta sobre resultado del ultimo embarazo					
Pregunta sobre fecha y resultado de Citologías anteriores.					
Pregunta sobre historia de ITS.					
Pregunta sobre tratamientos anteriores.					
Chequea que la paciente no esté con su menstruación o regla					
Chequea que la paciente no haya tenido relaciones sexuales en los 2-3 días previos a la toma de citología.					
Chequea que la paciente no esté usando cremas, óvulos o duchas vaginales en las últimas 24 horas.					
Asegura que la paciente haya comprendido el procedimiento que se realizará y lo que debe esperar de él.					
<b>PROCEDIMIENTO</b>					
Se lava las manos antes de realizar el examen.					
Cubre adecuadamente a la paciente para el procedimiento, si las circunstancias lo permiten.					
Dispone el instrumental (espéculo, lámina portaobjeto, laca o alcohol,					

hisopo, baja lengua) en el lugar adecuado cercano a usted.					
Utiliza una fuente de luz adecuada para visualizar el cérvix.					
Inspecciona los genitales externos. Examina los genitales externos.					
Inserta el espéculo vaginal con mucha delicadeza.					
Verifica si hay menstruación (Si hay, no toma la muestra)					
Verifica si hay secreciones vaginales y observa sus características.					
Obtiene muestra de unión escamo columnar con el hisopo/espátula de ayre o baja lengua, humedecido en agua destilada.					
Coloca la muestra en la lámina portaobjeto					
Fija con laca o alcohol disponible.					
Retira el espéculo con delicadeza.					
Ayuda a la paciente a levantarse e indica que se puede vestir.					
Completa los datos para la solicitud de la citología.					
Contesta las preguntas de la paciente.					
<b>TAREAS DE BIOSEGURIDAD (PREVENCION DE INFECCIONES)</b>					
Se lava las manos con agua y jabón.					
Coloca el espéculo en el recipiente de plástico con una solución de cloro durante 10 minutos para descontaminarlo.					
Elimina materiales desechables según guía					
<b>TERMINACION</b>					
Completa el registro y la historia clínica de la paciente.					
Proporciona instrucciones con respecto a la visita de seguimiento.					
Se despide amablemente					

**Leyenda: 0 = No; 1 = Si**

**Nota:** Instrumentos tomados y adaptados del estudio de Silva T. (2013) (10).

### Matriz de Priorización de Problemas

Cada problema tendrá su orden de prioridad según los puntajes obtenidos al contestar a las siguientes preguntas		
CRITERIO	PREGUNTA	ESCALA
1. Magnitud	¿Qué cantidad de la población es afectada por el problema?	a. La mayoría (más de 60%) 4
		b. La mitad. ( 60%) 3
		c. Menos de la mitad ( 39%) 2
		d. Pocos (5 al 19%) 1
		e. Muy pocos (menos del 5%) 0
2. Tendencia	Respecto a la cantidad de población afectada  ¿Qué tendencia se prevee?	a. Altamente creciente 4
		b. Levemente creciente 3
		c. Inestable 2
		d. Estable 1
		e. Decreciente 0
3. Riesgo	¿Qué probabilidad tiene el problema de ocasionar daños importantes? (biológicos, sicológicos, económicos y/o sociales)	a. Muy alta 4
		b. Alta 3
		c. Media 2
		d. Baja 1
		e. Ninguno 0
4- Capacidad de intervención	¿Qué posibilidades de solución existen desde el punto de vista instiutucional y financiero?	<b>Institucional</b>
		a. Muy alta 4
		b. Alta 3
		c. Media 2
		d. Bajas 1
		e. Ninguna 0
		<b>Financiera</b>
		a. Bajo costo 4
		b. Mediano costo 3



5. Interés de la población	¿Qué grado de interés tiene la población en la resolución del problema?	c. Alto costo 2
		d. Muy alto costo 1
		e. No existen recursos 0
		a. Muy alto 4
		b. Alto 3
		c. Medio 2
		d. Bajo 1
		e. Ninguno 0

**Matriz de puntuación por cada miembro y consolidado de la Priorización**

PROBLEMA	CRITERIO					TOTAL
	Magnitud	Tendencia	Riesgo	Capacidad de Intervención	Interés de Población	

### Matriz de Problematización

Problema	Consecuencias	Causas	Alternativas de Solución	Responsables	Recursos	Tiempo